

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Petra Česáková

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

**Ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním
zázemím v intenzivní péči**

Nursing care of patients with different ethnic and cultural background in intensive care
environment

Petra Česáková

Bakalářská práce
2011

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra ČESÁKOVÁ**
Osobní číslo: **Z09000151**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím v intenzivní péči.**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu:

1. Zjistit, jaká je připravenost sester na větší diverzifikaci pacientů/ klientů z hlediska kulturní a etnické různorodosti.

2. Zmapovat informovanost sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Teoretická východiska:

S ohledem na celosvětový nárůst migrace lidí, ať již trvalý, nebo pouze přechodný (dočasný) bude kladen stále větší důraz na znalosti sester v rámci ošetrování pacientů s jiným etnickým a kulturním zázemím. I Česká republika je v dnešní době zemí s množstvím národnostních a náboženských menšin z různých kontinentů a potřeby praxe potvrzují nevyhnutelnost zařadit do studijního programu sester problematiku multikulturního ošetrovatelství a zvyšovat informovanost sester v procesu povinného celoživotního vzdělávání.

Předpoklady:

1. Domnívám se, že více než 75% sester pracujících na oddělení intenzivní péče mají zkušenosti s ošetrováním pacientů s jiným etnickým a kulturním zázemím.

2. Domnívám se, že více než 50% sester pracujících na oddělení intenzivní péče má zájem o prohloubení znalostí spojených s problematikou multikulturního ošetrování.

Metoda:

Kvantitativní

Technika:

Výzkum proveden formou dotazník (poštovní i individuálně předávaný)

Místo a čas výzkumu:

Fakultní nemocnice v České republice v období října/listopadu 2010

Vzorek: Vzorek budou tvořit sestry pracující na oddělení urgentního příjmu a intenzivní péče (oddělení ARO a JIP pro děti i dospělé) ve fakultních nemocnicích v České republice.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. dubna 2010
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2011

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor

V Liberci dne 30. listopadu 2010

L.S.



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum:

Podpis:

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. MUDr. Jarmile Drábkové, CSc za podnětné připomínky a cenné rady, které mi pomohly při zpracování mé bakalářské práce. Rovněž děkuji všem hlavním a vrchním sestrám, které mi umožnily distribuci dotazníků na odděleních akutní a intenzivní péče a v neposlední řadě všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. Zvláštní poděkování patří Jitce Česákové za její obětavou pomoc a psychickou podporu.

Autorka

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Ošetřování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím v intenzivní péči, měla za cíl zmapovat informovanost sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství a jejich zájem si v tomto oboru své znalosti prohlubovat. Následně pak zjistit jejich připravenost v poskytování ošetřovatelské péče ovlivněné kulturní a etnickou různorodostí.

Klíčová slova: akutní péče, multikulturní, ošetřovatelství, náboženství, etnikum

Summary

The Bachelor thesis with the title “Nursing care of patients with different ethnic and cultural background in intensive care environment” had a goal to find out awareness of nurses in the area of multicultural nursing and their interest to increase their knowledge in the particular branch. After that to find out, what is their preparation in nursing care influenced by cultural and ethnic differences.

Key words: acute care, multicultural, nursing, ethnic group, religion

Obsah

1	ÚVOD.....	10
2	Multikulturní ošetrovatelství.....	11
2.1	Základní pojmy multikulturního ošetrovatelství.....	11
2.1.1	Pojem multikulturalismus/transkulturalismus	12
2.1.2	Etnikum a etnická skupina.....	13
2.1.3	Národ, národnost a národnostní menšiny	13
2.1.4	Rasa a rasová diskriminace.....	14
2.1.5	Menšina a dominantní skupina	15
2.1.6	Kultura, subkultura a socializace	15
3	Multikulturní a transkulturní péče	18
3.1	Teorie transkulturní péče Madeleine Leininger	18
3.2	Východiska pro multikulturní a transkulturní ošetrovatelskou péči	19
3.3	Komunikace s klienty při poskytování multikulturní péče	20
3.3.1	Verbální komunikace	21
3.3.2	Neverbální komunikace	22
3.3.3	Multikulturní komunikace	23
3.3.4	Komunikace s pacientem ve stavu ohrožení života.....	24
4	Národnostní, etnické, náboženské a jiné menšiny v České republice	24
4.1	Národnostní skupiny v České republice.....	25
4.1.1	Slováci	26
4.1.2	Romové.....	27
4.1.3	Vietnamci.....	28
4.1.4	Ukrajinci	30
4.1.5	Ostatní rasy a jejich specifika v ošetrovatelském procesu.....	31
4.2	Náboženské skupiny v České republice	31
4.2.1	Křesťané.....	33
4.2.2	Židé	33
4.2.3	Muslimové	34
4.2.4	Svědkové Jehovovi	38
4.2.5	Ostatní menšinové skupiny v České republice	38
4.3	Duchovní péče o nemocné	40
5	Specifika péče o klienty na jednotkách intenzivní a akutní péče	41
6	Zdravotní pojištění cizinců	42
7	Ošetrovatelský proces v multikulturním ošetrovatelství	43

7.1	Posouzení stavu potřeb nemocného a stanovení ošetrovatelské anamnézy	44
7.2	Stanovení ošetrovatelských diagnóz	45
7.3	Plán ošetrovatelské péče a stanovení cílů	46
7.4	Realizace ošetrovatelské péče	47
7.5	Závěrečné vyhodnocení ošetrovatelského plánu.....	47
8	Přístup nemocnic k problematice multikulturního ošetrovatelství.....	48
9	Metodika výzkumu	50
9.1	Význam Výzkumu	50
9.2	Cíl výzkumu	50
9.3	Předpoklady.....	50
9.4	Použitá metoda	51
9.5	Zkoumaný vzorek.....	52
9.6	Technika zpracování	52
9.7	Dotazník	53
9.7.1	Otázka č. 1	54
9.7.2	Otázka č. 2	55
9.7.3	Otázka č. 3	56
9.7.4	Otázka č. 4	57
9.7.5	Otázka č. 5	58
9.7.6	Otázka č. 6	59
9.7.7	Otázka č. 7	60
9.7.8	Otázka č. 8	60
9.7.9	Otázka č. 9	62
9.7.10	Otázka č. 10	64
9.7.11	Otázka č. 11	66
9.7.12	Otázka č. 12	67
9.7.13	Otázka č. 13	68
9.7.14	Otázka č. 14	69
9.7.15	Otázka č. 15	71
9.7.16	Otázka č. 16	72
9.7.17	Otázka č. 17	73
9.7.18	Otázka č. 18	75
9.7.19	Otázka č. 19	76
9.7.20	Otázka č. 20	77
9.7.21	Otázka č. 21	78
9.7.22	Otázka č. 22	79
9.7.23	Další možnosti posouzení jednotlivých odpovědí	80
10	Diskuze.....	83

11 Závěr	85
Seznam použité literatury	86
Seznam tabulek	91
Seznam obrázků	93
Seznam grafů	94
Seznam příloh	96

Seznam zkratek

apod.	a podobně
ARIP	Akutní resuscitační a intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
DIS	Diplomovaná zdravotní sestra
EU	Evropská unie
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Obr.	obrázek
odd.	oddělení
PSS	Pomaturitní specializační studium
SZO	Světová zdravotnická organizace
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
vyd.	vydání
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

1 ÚVOD

„Všude na světě jsou lidé, kteří si myslí, že jenom jejich zvyky, normy chování a obyčeje jsou ty pravé a správné. Jenže zvyky, hodnoty a normy jedné kultury nelze jen tak měřit metrem kultury druhé. Jde především o úctu k člověku.“

Štěpánka Saadouni

Vstup České republiky do Evropské unie v roce 2004, spolu s otevřením Schengenského prostoru pro volnější pohyb cizinců, nás vedly k přijetí celé řady opatření, majících vliv na mnoho oborů, ošetrovatelství nevyjímaje. S tím souvisí i zvýšení požadavků nejen na kompetence zdravotnických pracovníků a praktické dovednosti, ale v neposlední řadě i na teoretické znalosti a dosažené vzdělání.

Díky globalizaci se téměř stírají hranice mezi jednotlivými zeměmi a jsou zde neomezené možnosti v oblasti cestování i pracovních příležitostí.

[6], [19], [22]

V dřívějších letech na pojmy jako je multikulturní nebo transkulturní ošetrovatelství nebyl kladen příliš velký důraz a povědomí o rozdílech péče byl velmi nedostatečný. Z tohoto důvodu bude tedy nezbytné provést řádnou osvětu a zdravotnické pracovníky připravit, proškolit a dostatečně informovat o národnostních, kulturních i náboženských odlišnostech jednotlivých etnických skupin. Probíhající rozsáhlá reforma zdravotnictví kromě jiného bude vyžadovat zvýšení znalostí v oblasti multikulturního/transkulturního ošetrovatelství.

Osobně jsem měla možnost pracovat několik let jako zdravotní sestra na oddělení intenzivní péče v oblasti Blízkého východu. Tato moje životní zkušenost s péčí o pacienty jiného etnika, jiného náboženského vyznání a odlišného životního stylu mi zcela zásadně ovlivnila vlastní pohled na systém ošetrovatelství, osobní přístup k pacientům/klientům jiné národnosti hospitalizovaného v českých nemocnicích, ale i na přístup mých kolegů k těmto lidem. To byl také jeden z důvodů, proč jsem si vybrala bakalářskou práci na téma „Ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím v intenzivní péči“.

Nacházíme se v době, kdy holistické pojetí člověka patří neodmyslitelně k modernímu ošetřovatelství. Pacient/klient (v intenzivní medicíně se užívá pouze označení pacient) je brán jako bio-psycho-sociální bytost, což by mělo přispívat k větší humanizaci ošetřovatelství. Ale je tomu opravdu tak? Mají sami zdravotníci pracovníci čas a zájem řídit se duchovními potřebami, zvyky a požadavky hospitalizovaného? Je tento přístup ovlivněn dosaženým vzděláním nebo praktickými zkušenostmi? Mají zdravotníci chuť se v této oblasti vzdělávat a získávat nové informace? Zjistit odpověď na to i mnoho dalších otázek je podstatné pro správnou volbu cesty, vedoucí ke změně situace v naší postkomunistické zemi.

[1], [6], [7], [19], [20]

2 Multikulturní ošetřovatelství

Téma multikulturního ošetřovatelství se dnes promítá do všech oborů přednemocniční, nemocniční či následné péče, a proto by se alespoň základní pojmy měly dostat do povědomí každého zdravotnického pracovníka. Je nezbytné uvědomit si narůstající prolínání světů a rostoucí migraci, díky kterým se tato problematika dostává do popředí a je stále více diskutovaným tématem.

V současnosti je kladen velký důraz na respektování etnických odlišností. Všichni zdravotničtí pracovníci by měli umět nejen zhodnotit, ale i uspokojit potřeby klientů rozdílného etnika s odlišnou kulturou a náboženstvím.

[3], [6], [19]

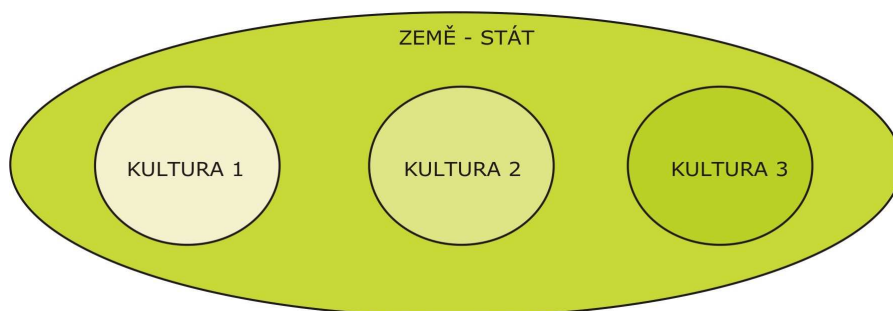
2.1 Základní pojmy multikulturního ošetřovatelství

Základem této problematiky je správné vymezení jednotlivých pojmů, které se možná zdají být běžné, nicméně často dochází k jejich nesprávnému používání či pochopení.

[6], [7], [12], [13]

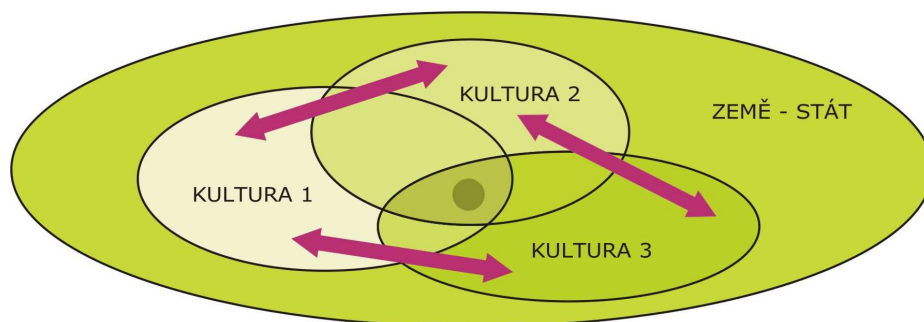
2.1.1 Pojem multikulturalismus/transkulturalismus

Multikulturalismus – předpokládá uchování kulturní identity migrantů. Jinými slovy lze tento pojem vyjádřit tak, že v jednom státě (nebo na určitém omezeném území) žije vedle sebe několik skupin různých kultur, které jsou plně zachovány a jinými občany (skupinami) respektovány a tolerovány. Podporuje rozvoj svébytnosti kulturní skupiny za podmínek respektování ústavních práv a svobod neohrožujících demokratické normy.



Obr. 1: Zobrazení pojmu „multikulturalismus“

Transkulturalismus – často navazuje na předcházející fázi multikulturalismu, kdy se již jednotlivé kultury prolínají, přebírají do své kultury prvky jiných kultur a vzájemně se ovlivňují. Jedná se o interakci mezi příslušníky majoritních a minoritních společností a skupin.



Obr. 2: Zobrazení pojmu „transkulturalismus“

[6], [7], [12], [13]

2.1.2 Etnikum a etnická skupina

Etnikum - v západoevropské tradici znamená etnikum kulturně rozdílnou skupinu lidí. Tímto termínem se často nepřesně označuje také národ, národnost, národnostní menšina nebo kmen.

Etnická skupina - je společenství, kde členové jedné skupiny mají pocit sounáležitosti a v němž je účast dána narozením do této skupiny. Jedná se o sociální skupiny se společnými a specifickými etnickými rysy. Těmi jsou zpravidla rysy jazykové, kulturní, náboženské, barva pleti, národní nebo geografický původ předků apod. Etnická skupina si udržuje a předává své kulturní a sociální dědictví dalším generacím.

[6], [20], [31], [32]

2.1.3 Národ, národnost a národnostní menšiny

„Národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. K této definici se uvádějí tři typy kritérií, jimiž jsou národy identifikovány:

Kritérium kultury – spisovný jazyk, společné náboženství nebo společná dějinná zkušenost

Kritérium politické existence – národy mají buď vlastní stát, nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním či federativním státě

Psychologické kritérium – jednotlivci sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu. Silné národní uvědomění, jež je v souladu s následným jednáním, se nazývá vlastenectví. Jeho vyhraněnou podobou, kdy dochází až ke střetu s jinými národy, nazýváme nacionalizmem.“¹

Národ - ve smyslu etnickém jde o soubor osob obvykle se společným jazykem, společnou historií, tradicí a zvyky, společným územím a národním hospodářstvím. Národ ve smyslu politickém je soubor občanů určitého státu, tedy soubor osob se státní příslušností tohoto státu. Zjišťování etnické národnosti je složitější než zjišťování národnosti politické, neboť státní občanství je ověřitelný, objektivní znak. Příslušnost k

¹ Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*, Grada, Praha 2005. ISBN 80-247-1212-1, str. 21

národu není vždy jen otázka objektivních znaků, ale také pocit skutečné vnitřní sounáležitosti s národem, s jeho historií, tradicemi a zvyklostmi.

[6], [7], [24]

Národnost - je jí míněna příslušnost k určitému národu nebo etniku. Dle OSN se národnost zjišťuje na základě příslušnosti ke skupině osob se společným původem, kulturou, případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, které ji odlišují od ostatní populace.

Národnostní menšina - jedná se o skupinu, která má specifické fyzické nebo kulturní rysy, které jsou dominantní společností takto vnímány. Vyznačuje se vnitřní soudržností. Členství v menšině se přenáší z generace na generaci a příslušníci menšin mají tendenci uzavírat manželství uvnitř skupiny. Problém národnostních menšin je komplikován tím, že některé národnosti se vymezují nikoliv na základě etnického kritéria, nýbrž na základě náboženského či „rasového“ kritéria. Dochází tak ke vzniku skupin populace označované jako náboženská či „rasová“ menšina. V České republice se to vztahuje zejména na Židy a Romy.

[6], [7], [12], [13], [24]

2.1.4 Rasa a rasová diskriminace

Rasa - je antropologickým termínem, který označuje určitou skupinu osob sdílející společné genetické dědictví a projevující se odlišnými somatickými (fyzickými) rysy, jako jsou např. barva pleti, tvar a barva vlasů, očí, rysy tváře, tvar lebky, nosu atd.

V dnešní době rozlišujeme 3 hlavní rasy (označované též jako plemena):

- rasa europoidní (euroasijská) – rasa bílá
- rasa mongoloidní (asijsko-americká) – rasa žlutohnědá
- rasa negroidní (ekvatoriální) – rasa černá

Rasová diskriminace - je určitá ideologie či dogma, jejíž podstatou je nadřazené chování jedné skupiny osob nad skupinou s rozdílným etnickým původem či pouze barvou pleti,

což vede k potlačení rovnoprávného postavení těchto osob ve společnosti a dochází k omezování lidských práv a svobod diskriminovaného.

[6], [11], [18], [19]

2.1.5 Menšina a dominantní skupina

Menšina - neboli minorita je taková skupina lidí, která se vyznačuje určitým společným znakem. Jedná se např. o menšinu náboženskou, sexuální, rasovou, ekonomickou, sociální apod. Menšina se v určitých rysech liší od ostatních příslušníků dané společnosti, její chování je odlišné a zejména svým počtem se nemůže rovnat jiné skupině. Jedná se tedy o skupinu podřízenou a její členové jsou si vědomi určitého znevýhodnění a diskriminace ve společnosti.

Dominantní skupina - tvoří v dané společnosti většinu.

[6], [22]

2.1.6 Kultura, subkultura a socializace

Kultura - vždy byla a je součástí každé lidské komunity. Specifická gesta, způsob komunikace, způsoby oblékání, stravování, specifické potraviny a jejich příprava, životní styl, návyky i zlovyky, umění a obyčeje apod. – jsou typické pro konkrétní skupinu jedinců. Kulturní rozmanitost je jedním z ústředních znaků lidského života.

Mezi hlavní znaky kultury patří:

- sociálnost (vzájemné vztahy a soudržnost),
- adaptabilita (přizpůsobivost lidí),
- lingvistická podmíněnost (jazyk a řeč),
- fylogenetická podmíněnost (genetika),
- normativnost (nese určitý znak),
- uspokojování základních lidských potřeb
- ontogenetická podmíněnost (utváření osobnosti od narození),
- integrovanost (schopnost začlenit se do společnosti, hledat něco nového).

Subkultura – je společenství lidí, charakteristické určitými specifickými společnými znaky, jako jsou např. chování, vzhled, zvyky a nebo symboly v rámci dominantního, kulturního rámce, do něhož patří. Záměrně si udržuje tuto svoji odlišnost.

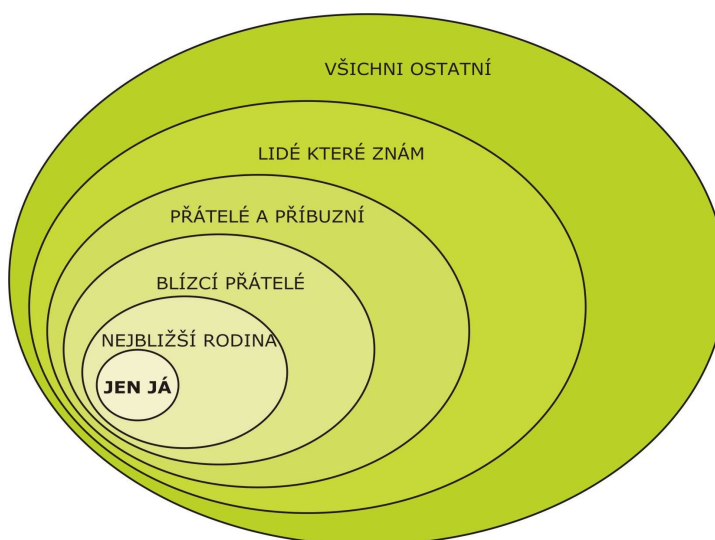
Socializace - pod tímto pojmem rozumíme proces, kterým se každý jedinec začleňuje do určité sociální skupiny a v průběhu začleňování si osvojuje a přijímá normy dané skupiny, učí se sociálním rolím, dovednostem a schopnostem.

[6], [19], [25], [26]

2.1.6.1 Kulturní hodnota a její struktura

Člověk, který přichází do jiné země, společnosti či jiného kulturního prostředí si hned od počátku nemůže nepovšimnout určitých rozdílů. Lidé mají odlišný způsob bydlení, architekturu, někteří nosí tradiční oblečení, upravují jiným způsobem potraviny a mají odlišné stravovací návyky, jinak tráví svůj volný čas a ve většině případů používají k dorozumívání mezi sebou i jiný jazyk.

Mezi nejvýstižnější a také nejoblíbenější způsob, jak vyjádřit a popsat podstatu a strukturu kulturní hodnoty se již řadu let požívá model, znázorněný pomocí cibule (z anglického názvu „The Onion Model“). Tento model rozděluje kulturu na několik vrstev. Čtyři hlavní vrstvy tvoří základ modelu. Na povrchu je základní vrstva, nesoucí symboly, které jsou vidět zvenku. Mezi ně patří znaky jako vlajky, typické prvky architektury nebo tradiční oblečení. Druhou vrstvu tvoří takzvaní národní hrdinové, kteří pro danou zemi či společenství mnoho znamenali a dokázali, jako např. Dalajláma, Nelson Mandela či Winston Churchill. Další a to třetí vrstvu tvoří rituály a tradice. Tato vrstva obsahuje způsob komunikace mezi jednotlivými členy dané společnosti, jak se navzájem zdraví, jak jedí, provozují náboženství, jak se staví k otázce manželství, rodiny a výchovy dětí. V centru cibule jsou ukryty základní hodnoty a kulturní předpoklady, které působí na všechny ostatní vrstvy a ovlivňují je.



Obr. 3: Model cibule

Je velmi těžké, snad i zcela nemožné proniknout do všech vrstev kulturních hodnot společnosti bez určité hlubší analýzy a alespoň určitého pochopení každé jednotlivé vrstvy této „kulturní cibule“.

[6], [27]

2.1.6.2 Kulturní šok

Jde o souhrn pocitů, které vznikají jako reakce na život v cizím kulturním prostředí. Vznikají zejména v důsledku neznámých, nečekaných, nepříjemných nebo překvapujících zjištění, která vyvolává například pobyt v cizině, ale třeba i přesun z vesnického prostředí do měst nebo naopak. Šok může trvat u každého člověka různě dlouhou dobu a může mít i rozdílnou míru intenzity. Závisí na hloubce kulturních rozdílů i individuálních vlastností každého z nás.

Delší pobyt v cizím prostředí, působí na člověka naprosto novými podněty (jiné společenské a politické zřízení, jiné podnebí, jiné zvyky, jiná strava), ale i tím, že nemůže využít znalosti a zkušenosti, které získal v procesu socializace ve své rodné zemi a pod vlivem své kultury. Všechny tyto podněty vyvolávají velkou psychickou i fyzickou zátěž pro organismus a člověk prožívá silný pocit odcizení, který se může projevat různými způsoby. Nejčastěji jde o pocity nejistoty a úzkosti, obavy, strach, apatii nebo agresí. To vše může vyústit až v nemoc. Někteří migranti se s kulturním

šokem vyrovnávají snáze, někteří jen s velkými těžkostmi. Existují však i případy, kdy ho nepřekonají vůbec a musí se po určité době vrátit zpět do své rodné země.

O kulturním šoku též hovoříme v případě hospitalizace člověka v nemocničním zařízení. Pacient se do určité míry musí podrobit nemocničnímu harmonogramu, což pro něj i celou jeho rodinu může být velmi složité a náročné. Je vytržen ze známého prostředí, řídí se jiným řádem než na který je zvyklý a nemůže vykonávat zaběhlé denní rituály tak, jako ve svém domácím prostředí. Je tedy nesmírně důležité respektovat jeho zvyky, názory, postoje a chování. Snažit se co nejvíce individualizovat ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům/klientům v cizím prostředí. Jedná-li se však o starého člověka, není bohužel výjimkou, že takový pacient se s takzvaným „vykořeněním“ nikdy nesmíří a často umírá i přes maximální péči ze strany zdravotníků i rodiny.

[6], [13], [20]

3 Multikulturní a transkulturní péče

„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různé kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči.“

(Madeleine Leiningerová)

Cílem takové péče je poskytovat vhodnou a účinnou podporu a pomoc ve zdraví a nemoci, která respektuje hodnoty, přesvědčení a zvyklosti jedinců vycházejících z různých kulturních prostředí.

[13]

3.1 Teorie transkulturní péče Madeleine Leininger

Za zakladatelku a vůdčí osobnost oboru transkulturního ošetrovatelství je považována americká pedagožka a antropoložka prof. Madeleine Leininger. Na počátku své pracovní kariéry působila jako zdravotní sestra na dětském psychiatrickém oddělení.

Během práce s dětmi odlišných kultur začala vnímat pestré odlišnosti v jejich chování a uvědomovat si kulturní podmíněnost těchto rozdílů. Začala se hlouběji zabývat vlivem kultury na chování člověka v období zdraví a nemoci a své zkušenosti aplikovala v praxi.

Po skončení 2. světové války velmi výrazně stoupla migrace obyvatelstva a sestry byly tedy nuceny ošetřovat pacienty různých národností s různými kulturními specifiky. Madeleine Leininger si uvědomovala nezbytnost znalostí zdravotnického personálu v této oblasti, které však byly dosud žalostně nedostatečné. Svoji teorii začala rozvíjet již v 50 letech minulého století a v 60. letech minulého století zavedla pojem „teorie transkulturního ošetřovatelství“, který vysvětloval individuální přístup zdravotníků k pacientům/klientům přicházejícím z odlišného kulturního prostředí, zejména cizinců a etnických menšin. Teorie transkulturního ošetřovatelství je také známá pod označením „Model vycházejícího slunce“ (The Sunrise Model). Tento název dostala podle schématu, ve kterém Madeleine Leininger vizuálně znázornila svoje ideje a který představuje jednotlivé složky její teorie.

Svoji výzkumnou a pedagogickou činnost dále rozvíjela a připravila sérii přednášek a kurzů transkulturního ošetřovatelství, které probíhaly pod jejím vedením na katedře ošetřovatelství univerzity v Coloradu. Dalším velkým krokem v této oblasti bylo založení katedry transkulturního ošetřovatelství, v jejímž čele stála právě její zakladatelka Madeleine Leininger.

[6], [12], [13], [17]

3.2 Východiska pro multikulturní a transkulturní ošetřovatelskou péči

Základní východiska nebo také vodítka pro poskytování opravdu kvalitní odborné ošetřovatelské péče v rámci multikulturního systému ošetřovatelství vycházejí ze základních dokumentů každé země. Jedná se o mezinárodní deklarace lidských práv a svobod, mezinárodní a Evropské úmluvy (OSN, SZO, EU apod.), zákony dané země, základní etické principy ve zdravotnictví, etické kodexy zdravotnických pracovníků a práva

pacientů, holisticky pojímaná péče o člověka s kulturním a sociálním rozměrem a také ošetrovatelský proces se zaměřením ošetrovatelské péče na lidské potřeby.

Prvním a zároveň velmi podstatným krokem v ošetrovatelském procesu je stanovení kvalitní ošetrovatelské anamnézy, neboli ošetrovatelské vstupní hodnocení, který zahrnuje pečlivý a svědomitý sběr informací o klientovi. Při zpracování ošetrovatelské anamnézy vycházíme z pozorování, rozhovoru a fyzikálního měření klienta, popřípadě z informací získaných též od rodinných příslušníků. Jedná-li se o pacienty jiných kultur, měli bychom si být vědomi alespoň základních údajů o kultuře, ze které pacient přichází. Cílem je zjistit rozdíly v kulturních zvyklostech a na základě těchto rozdílů individualizovat a přizpůsobit (v mezích možností) poskytování ošetrovatelské péče.

[6], [20], [31], [32]

3.3 Komunikace s klienty při poskytování multikulturní péče

Komunikace je nedílnou součástí moderního ošetrovatelství. Při dorozumívání se s pacienty používáme dva hlavní signalizační systémy, a to verbální a neverbální.

Pod pojmem verbální komunikace rozumíme přenesení informací od jedné osoby ke druhé, popřípadě k více osobám najednou, a to mluvenou nebo písemnou formou. Oproti tomu neverbální systém komunikace představuje jiné způsoby, jimiž jsme schopni sdělit nějaký význam druhým osobám. Mezi ně patří například gestikulace, mimika, haptika, posturologie, dotyky apod. Tyto systémy se při komunikování navzájem prolínají a nelze je zcela oddělit.

V dnešní době moderního ošetrovatelství je problematika komunikace stále aktuálnějším tématem. Problém není pouze v nedostatku času, ale také neschopnosti, nebo neochotě zdravotnického personálu komunikovat. Pacient je obklopen stále větším množstvím přístrojů a technického vybavení, je vyšetřován různými specialisty, ale na samostatnou komunikaci již nezbývá dostatek času.

Tato situace je zejména obtížná na odděleních akutní a intenzivní péče, kdy pacienti mají velmi omezenou schopnost používat zejména verbální komunikaci. Ve většině případů se jedná o pacienty upoutané na lůžko, napojené na umělou plicní ventilaci a pod vlivem tlumících léků. To vše je vystavuje mnohým fyzickým, psychickým i sociálním bariérám. Tito pacienti jsou zcela odkázáni na pomoc a péči zdravotnického personálu a to v první řadě ošetřující sestry. Interakce takového pacienta a sestry klade vysoké nároky na čas, vyžaduje empatii, trpělivost a v neposlední řadě nesmí chybět uvědomění si důležitosti a smysluplnosti všech prováděných činností na straně ošetřujícího personálu.

Odráží se zde také aspekt rodiny a příbuzných hospitalizovaného pacienta, pro které je velmi obtížné přijmout tuto stresující situaci a v mezích možností se s ní vyrovnat. Proto je neméně důležité komunikovat s rodinou stejně úzce a otevřeně, jako by se jednalo o samotného pacienta.

[5], [6], [8], [9], [10], [15], [21], [29]

3.3.1 Verbální komunikace

Verbální neboli slovní komunikace znamená dorozumívání se pomocí slov a vyjadřování svých myšlenek artikulovanou společnou řečí. Jazyk je důležitý komunikační nástroj v životě každého člověka. Proto je stěžejní zjistit, jaký je rodný jazyk pacienta, i přesto že používá český jazyk. Může nastat situace, kdy například vlivem aktuálního stavu onemocnění začne pacient používat svůj rodný jazyk. V jiném případě může mít zdravotník pocit pochopení svých požadavků pacientem, avšak při zpětném požádání o provedení daného úkonu zjistí, že pacient neví nebo nechápe, o co jsme žádali, a úkon není schopen provést. Takové situace nejsou při ošetřování pacientů jiných národnostních menšin vzácné. V mnoha případech je nejvhodnějším a nejprofesionálnějším řešením kontaktovat tlumočníka nebo hledat náhradní způsob efektivní komunikace

Mezi takové možnosti, jak pacienta informovat o jeho nemoci, nezbytném vyšetření, potřebném chirurgickém zákroku, nebo přípravě na operační výkon patří brožury, obrázky, fotografie, DVD nahrávky nebo komunikační karty, takzvané piktogramy.

Jedná se o vypracované obrázkové karty, většinou kombinované s výstižným, obvykle jednoslovným textem v cizím jazyku. Jednoduše vystihuje sdělení, které vzhledem ke komunikační bariéře není schopen ošetřující sdělit slovně a je v dané situaci zásadní pro další ošetřování pacienta.

[5], [6], [7], [21], [31]

Z hlediska kvalitní péče o pacienty by měl zdravotník respektovat individualitu každého člověka, vzít v úvahu jeho komunikační schopnosti a dovednosti, aktuální zdravotní stav pacienta a neméně důležité je všimnout si jeho neverbálních projevů. Důvěra mezi zdravotníkem a pacientem je utvářena na základě otevřeného a partnersky vedeného dialogu.

Obecně tedy platí, že nelze nekomunikovat, tudíž i mlčení patří do určitého způsobu komunikace a může mít ve své podstatě více významů. Každý zdravotník by měl být citlivý k tomu, aby dal pacientovi dostatek času k rozmyšlení a vyjádření jeho odpovědi.

[5], [6], [7], [21], [31]

3.3.2 Neverbální komunikace

Jedná se o historicky starší formu komunikace, v porovnání s formou verbální. Jednoduše ji lze nazvat komunikací beze slov neboli řečí těla. Neverbální, jinými slovy také nonverbální komunikace nám umožňuje jak výměnu informací, tak i projevit naše pocity a emoce. Informace jsou sdělovány gesty, postojem a držením těla, výrazem obličeje, pohledy, vzdáleností mezi komunikujícími, dotyky, pohybem, ale patří sem v neposlední řadě i vhodně zvolený oděv, šperky, parfém apod. Nelze také pominout rychlost řeči a tón hlasu.

V intenzivní péči jsou signály neverbální komunikace velmi významné, ve své podstatě nenahraditelné. Pacient je ve velmi náročné a traumatizující životní situaci a ošetřující personál vstupuje do intimní zóny pacienta, kam by se za normálních okolností nikdy nedostal. Je zde tudíž nezbytné vytvořit prostředí důvěry a porozumění na obou stranách.

Jednou ze stěžejních úloh sestry v péči o pacienta je umět nejen neverbální signály vysílat, ale také je přijímat a porozumět jim, což jí umožní lepší pochopení jeho osobních potřeb.

[7], [8], [29], [31]

3.3.3 Multikulturní komunikace

Zásadní úlohou sestry při ošetřování pacienta jiné národnosti či etnika je vytvoření vzájemného vztahu a důvěry mezi nemocným a sestrou. Správně zvolený styl komunikace s ohledem na jeho etnické a kulturní hodnoty je pilířem jak porozumění a úspěšné péče o hospitalizovaného, tak vytvoření pozitivního vztahu se členy jeho rodiny. Je nutné, aby sestra respektovala pacientovy názory, zvyky, tradice a kulturní specifika. Při neznalosti odlišných kulturních zvyklostí a hodnot, nebo dokonce jejich nerespektováním, může dojít až k poškození pacienta na sociální úrovni.

V budoucnu se bude zdravotnický personál stále častěji setkávat s pacienty mluvícími cizím jazykem, vyznávajícími jinou kulturu a řídícími se jinou formou náboženství. Tato skutečnost klade na sestry velké nároky v rámci ošetrovatelského procesu, ale zároveň je může velmi obohatit a rozšířit jejich obzor a povědomí o způsobu života ve vzdálených a nám neznámých zemích.

Jedním ze zásadních bariér v komunikaci je neznalost jazyka. Tento problém je v naší republice bohužel i nyní, 22 let po revoluci, stále velmi aktuální. Navzdory nepřeberným možnostem se jazykově vzdělávat a pracovat v zahraničí je jen malé procento sester schopno nebo ochotno aktivně používat cizí jazyk.

Přesto, že sestra neovládá cizí jazyk a není schopna se verbálně s pacientem dorozumět, neměla by být necitlivá k vnímání neverbálních signálů vysílaných pacientem. Základem je například úsměv a vlídné zacházení, nebo dle možností poskytnutí dostatku času na adaptování a přijetí náhle změněné životní situace.

[5], [6], [21], [36], [39]

3.3.4 Komunikace s pacientem ve stavu ohrožení života

Už sama skutečnost, že se člověk nachází ve stavu akutního ohrožení života a je hospitalizován na oddělení akutní resuscitační nebo intenzivní péče, vyžaduje odlišný přístup zdravotníků. Komunikace s ním pak podléhá určitým omezením, i když prioritou pro sestru samozřejmě zůstává akutní stav, který ohrožuje pacienta na životě.

Pacient je připoután na akutní lůžko, připojen na přístroje a monitor včetně umělé plicní ventilace, často je udržován v umělém spánku a není tudíž schopen se svým okolím vědomě komunikovat. Je však zásadní chybou se domnívat, že pacient v bezvědomí nevnímá podněty přicházející z okolí. U těchto pacientů však můžeme sledovat celou řadu neverbálních projevů, jako např. zvýšení tepové frekvence nebo grimasování jako reakce na bolest, zvýšení intrakraniálního a arteriálního tlaku při změně polohy, nebo reakce zornic. V této fázi je pro pacienta i rodinné příslušníky vhodné využít metody bazální stimulace. Pacient je schopen vnímat taktilní kontakt, doteky a hlazení, poznává známé hlasy nebo oblíbenou hudbu, podvědomě vnímá důvěrně známé věci (parfém, mýdlo, toaletní vodu, hračku apod.)

Důležité je s takovým pacientem komunikovat stejným způsobem, jako by nás zcela vnímal. Krok po kroku bychom měli trpělivě vysvětlovat postupy intervenčních výkonů, fáze osobní toalety nebo i změnu polohy na lůžku.

[2], [3], [8], [16], [21]

4 Národnostní, etnické, náboženské a jiné menšiny v České republice

Problematika menšin na území České republiky je v dnešní době často diskutovaným tématem, ale bohužel většinou v negativním slova smyslu. Jedná se především o jejich nerovnoprávné postavení a diskriminaci v naší společnosti.

[26], [30]

4.1 Národnostní skupiny v České republice

Poslední sčítání lidu sice proběhlo v dubnu letošního roku, avšak výsledky dosud nejsou známy. Musíme tedy vycházet z údajů sčítání lidu, domů a bytů z roku 2001. Lidé měli možnost přihlásit se k národnosti české, moravské, slezské, slovenské, polské, německé, romské, maďarské, ukrajinské, ruské, rusínské, bulharské, rumunské, řecké, vietnamské, albánské, chorvatské, srbské a jiné. V následující tabulce nalezneme národnostní složení obyvatel ČR. Z tabulky jasně vyplývá, že ke dni 1. 3. 2001 k pěti nejpočetnějším etnickým či národnostním menšinám v ČR patří Slováci, Poláci, Němci, Ukrajinci a Vietnamci. Romové s počtem 11 746 jsou na osmém místě.

[30]

Tab. 1: Národnostní složení obyvatel ČR v roce 2001

Národnost	Absolutní počet	% z celkového počtu obyvatel
česká	9 249 777	90,42
moravská	380 474	3,72
slezská	10 878	0,11
slovenská	193 190	1,89
polská	51 968	0,51
německá	39 106	0,38
romská	11 746	0,11
maďarská	14 672	0,14
ukrajinská	22 112	0,22
ruská	12 369	0,12
rusínská	1 106	0,01
bulharská	4 363	0,04
rumunská	1 238	0,01
řecká	3 219	0,03
vietnamská	17 462	0,17
albánská	690	0,01
chorvatská	1 585	0,02
srbská	1 801	0,02
jiná	26 499	0,26
dvojitá národnost celkem	12 987	0,13
nezjištěno	172 827	1,69
obyvatelstvo úhrnem	10 230 060	100,0

Zdroj: [30]

Z výzkumů dále vyplývá spíše odmítavé stanovisko české populace k přílivu cizinců do České republiky. Tento postoj pramení zejména z názoru, že migrace a zvyšující se

procento cizinců v naší zemi má velký vliv na nárůst kriminální činnosti a také z obavy z negativního ekonomického vlivu cizinců (nárůst podvodů, praní špinavých peněz, narůstající činnost mafií apod.). Pro srovnání vývoje přílivu cizinců je v následující tabulce uvedeno 5 vybraných nejpočetnějších minoritních skupin ke dni 31. 10. 2009.

[6], [7], [26], [30], [32]

Tab. 2: Zastoupení vybraných minoritních skupin na území ČR v roce 2009

Národnost	Počet obyvatel
Ukrajinská	132 015
Slovenská	73 446
Vietnamská	61 178
Ruská	30 697
Polská	19 273
Ostatní	11 799

Zdroj: [30]

Češi se také spíše kloní k myšlence asimilace cizinců v naší zemi, což znamená, že cizinci by se měli postupně přizpůsobovat naší kultuře a zvyklostem (tento postoj samozřejmě převažuje i u zdravotnického personálu). Na otázku, zda by byli ochotni mít za sousedy příslušníka některé z etnických menšin, žijících v naší zemi, se odpovědi značně liší dle toho, o jakou národnost nebo rasu jde. Nejpříjemnější je pro nás soužití se Slováky, Francouzy a Židy, naopak nejméně přijatelná je společnost Romů.

[6], [7], [26], [30], [32]

4.1.1 Slováci

Nejpočetnější národnostní menšinu u nás tvoří Slováci. Jde především o občany, kteří zde zůstali po rozdělení Československa. Další velkou skupinu tvoří studenti vysokých škol, kteří zůstali po i po ukončení studia, lidé, kteří si našli v naší zemi partnera, nebo ti, kteří k nám přišli díky pracovním příležitostem. Mnoho jich je samozřejmě zaměstnáno i ve zdravotnictví jako lékaři, zdravotní sestry i pomocný zdravotnický personál. Díky tomu i dlouhému společnému soužití Slováci nepociťují žádné prvky diskriminace.

Slováci hospitalizovaní v nemocničním zařízení nevyžadují žádný speciální ošetrovatelský přístup. Svým stylem života jsou velmi podobní českým pacientům a jsou zvyklí na velmi podobnou zdravotnickou péči, jakou poskytují nemocnice v rámci České republiky. Většinou se zdravotníci nesetkávají ani s jazykovou bariérou, pacienti slovenské národnosti jsou schopni plně porozumět podaným informacím i pokynům zdravotnického personálu.

[26], [32]

4.1.2 Romové

„Termín Rom (v plurále Roma-Romové) je souhrnným označením několika etnických skupin, které mají společný původ, společné kulturní rysy a osobité charakteristiky.“²

Romové svým původem pocházejí z Indie. Jejich kočovný způsob života je přivedl až do Evropy a mezi první státy, které osídlili, patří Arábie a Egypt. V dnešní době žijí romské rodiny po celém světě. Osud Romskeho etnika je rozmanitý a v dnešní době již řada mladých Romů neví, do jakých skupin se jejich etnikum dělí a zejména k jaké skupině svého etnika oni sami patří.

Ve způsobu života Romů a Čechů existují velké rozdíly. Důvodem není jen rozdílná demografická struktura, ale zejména rozdílné pojetí života jako takového a vyznávání odlišných životních hodnot. Mezi základní rozdíly patří například průměrná délka života (romské ženy 59,5 let, české 75,5; romští muži 53,5 let a čeští 67,8 let), barva pleti, odlišné tělesné proporce nebo také skutečnost, že nejvyšší životní hodnotou Romů je právě sám život. Na druhý a třetí stupínek jejich žebříčku hodnot řadí rodinu a zdraví. Peníze a hmotné statky jsou pro Romy důležité, ale ne zásadní a nenahraditelné. Již z toho lze částečně odvodit určité rozdílnosti Čechů a romské menšiny například ve smyslu vnímání nemoci a zdraví, pomoci a podpoře členů rodiny a přístupu k řešení těžkých životních situací.

[6], [7], [18], [19], [38]

² Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*, Grada, Praha 2005. ISBN 80-247-1212-1, str. 178

Také otázka náboženství je pro Romy velmi důležitá, většina z nich je věřících a vyznávají především římsko-katolickou víru. I v době totalitního režimu, kdy náboženství bylo potíráno ve snaze vytlačit náboženské vyznání z myslí obyvatel, si Romové zachovali víru a ta se pro ně stala určitým způsobem života.

Jak již bylo zmíněno, mezi základní hodnoty v životě tradičních Romů patří rodina. Mají silné rodové vazby, často žije více generací pohromadě a jsou na sebe navzájem citově, sociálně i ekonomicky závislí. Vůdcem rodiny je vždy muž. Většinou je to také on, kterému se podávají informace o nemocném členu rodiny. Není však výjimkou, že pokud se člen romské rodiny dostane do nemocničního ošetření, na jeho zdravotní stav se přijde zeptat celé jeho příbuzenstvo. Scházejí se u lůžka pacienta ve velkém počtu, diskutují a čekají na jakoukoli pozitivní zprávu od ošetřujícího personálu. Často tím narušují zaběhlý pořádek oddělení, většinou nerespektují návštěvní hodiny a mohou tak vyvolat negativní emoce u zdravotníků, zejména u sester.

Ještě o něco složitější situace nastává při hospitalizaci pacienta na akutním lůžku, kdy provoz takového oddělení neumožňuje všem členům rodiny trávit většinu času u nemocného a starat se o něho tak, jak byli doposud zvyklí. Pro samotného pacienta je takové období velmi náročné a nelehké. Bez přítomnosti členů své rodiny jsou nesamostatní, mají strach z bolesti a ze smrti, jsou nedůvěřiví, chybí jim trpělivost, vytrvalost a vůle bojovat za své uzdravení. Jsou většinou velmi emotivní a své emoce dávají často velmi hlasitě najevo. Pocity strachu a méněcennosti se však mohou projevit odmítnutím spolupráce až agresivitou ze strany pacienta nebo rodiny.

Ošetřování romského pacienta může být pro zdravotnický personál psychicky velmi náročné a vyžaduje značnou dávku tolerance, respektu a pochopení. Základním a nejdůležitějším pilířem v léčbě je získání si důvěry nemocného a členů jeho rodiny.

[6], [7], [18], [19], [38]

4.1.3 Vietnamci

Češi mají relativně dlouhodobé zkušenosti s přítomností vietnamského etnika na svém území. Stejně jako Romové i Vietnamci uznávají ve svých rodinách patriarchát,

tedy stav, kdy muž má vůdčí postavení v rodině. Rodina je i v jejich žebříčku životních hodnot na prvním místě. Kladou velký důraz na nezávislost, úspěšnost a vzdělání.

Od velmi útlého věku je dětem vštěpováno slušné chování a součástí výchovy je především skutečnost nezatěžovat mysl svých blízkých vlastními problémy. To vše se však může i negativně odrazit při léčbě vietnamského pacienta. Vietnamec sám nemá ve zvyku požádat o léky proti bolesti ze strachu z vedlejších účinků a z návyku. V takovém případě je na místě vysvětlit opodstatněnost a důležitost naordinované léčby, vhodné je též nabídnout nefarmakologické prostředky tišení bolesti. Také rodičí ženy nejsou zvyklé dávat najevo své emoce.

Vietnamští pacienti jsou velmi stydliví, zejména jde-li o ženy. S ohledem na tuto skutečnost by měl ošetřující personál myslet na zajištění oddělené místnosti při ošetření pacienta a v průběhu vyšetření se snažit ponechat tělo vyšetřovaného zakryté z co největší části. Vietnamci velmi dbají na osobní hygienu. Při hospitalizaci pacienta na oddělení intenzivní péče jsou ale tyto možnosti značně omezené. I přesto je však možné respektovat zvyklosti cizího etnika. Do osobní hygieny lze zapojit například blízkého člena jeho rodiny stejného pohlaví. Tímto jednoduchým gestem dáme najevo, že respektujeme soukromí a stud vietnamského pacienta.

Vietnamská komunita je velmi uzavřená a při rozhovoru s cizím člověkem je pro ně přímý oční kontakt nezdvořilý a krajně nepříjemný. Jazyková bariéra se stále velkou měrou podílí na stresových situacích jak na straně pacienta, tak na straně zdravotnického personálu. Rodným jazykem je vietnamština, mluví také čínsky nebo francouzsky a většina dnes i česky. U starších vietnamských pacientů však může být s českým jazykem problém. Tito pacienti často přikývnu na znamení, že slyšeli, nemusí to však ještě znamenat, že rozuměli, co jim bylo sděleno. U takových pacientů je na místě požádat o pomoc tlumočníka, kterým může být třeba i člen jeho rodiny.

Z ošetrovatelského hlediska se nesmí opomenout ani biologické odlišnosti této rasy (asijské rasy), jako je drobná tělesná konstituce, hmotnost a výška, barva pokožky a její neobvyklé změny v barvě, tmavá barva vlasů a jejich kvalita, a také některé laboratorní hodnoty, jako hemoglobin, hematokrit a výskyt srpkovitých buněk u osob tmavší (žluté)

pleti. Neméně důležité je, že nemají enzymatické vybavení buněk v játrech pro odbourávání alkoholu (platí i pro Indiány).

[7], [19], [25], [35]

4.1.4 Ukrajinci

Ukrajinci patří mezi východní větev slovanského národa a svým počtem obyvatel se stávají osmým největším národem Evropy. Ukrajinci tvoří kromě Slováků největší národnostní skupinou v ČR. Mnoho Ukrajinců odchází ze své rodné země do států západní Evropy z důvodů špatných životních podmínek a jejich počet každým rokem stoupá. Ve většině případů zastávají fyzicky náročnou práci. I bez ohledu na své vzdělání pracují v oborech, o které nemají Češi zájem. Jsou hluboce věřící, dominantní církví je pro Ukrajince pravoslavná církev, v západní části Ukrajiny je velmi rozšířené také řecko-katolické vyznání.

[7], [19], [25], [35]

Úředním jazykem je ukrajinština, část Ukrajinců však užívá jako rodný jazyk ruštinu. Znalost cizích jazyků je minimální, spíše se spoléhají na velkou komunitu Ukrajinců žijících v ČR. Problémem, kterému čelí zdravotníci v souvislosti s ukrajinskými pacienty, je tedy hlavně neschopnost se dorozumět v důsledku neznalosti českého jazyka.

S velmi složitou politickou, sociální i ekonomickou situací, která nyní vládne na Ukrajině, jde ruku v ruce i neutěšená péče ve zdravotnictví. Pomůcky, zdravotnický materiál, ložní prádlo i stravu si musí pacient zajistit sám před nástupem do nemocničního zařízení. Péče je poskytována sice svědomitě a odborně, ale jen s velmi omezenými prostředky. Ukrajinský pacient, který je ošetřován v našich poměrech, si pravděpodobně uvědomuje nadstandard poskytované péče oproti své vlastní zemi. Je velmi ukázněný, dodržuje všechna léčebná doporučení a ordinace lékaře.

Složitá situace pro nemocného může nastat také v případě, že nemá na našem území legální pracovní povolení, není tudíž pojištěn a nevyhledá včas odbornou lékařskou pomoc, aby tím finančně neohrozil svoji rodinu.

Ukrajinci jsou velmi podobní českým pacientům jak barvou pleti, tak i tělesnou konstitucí. Nebezpečí pro zdravotnický personál však hrozí ze strany zanedbané ošetrovatelské péče. Je zde velké nebezpečí přenosu infekčních nemocí, jako např. otevřená tuberkulóza, infekční hepatitidy apod. Každý zdravotník by měl mít při poskytování péče tato specifika na paměti a efektivně se chránit.

[7], [19], [25], [35]

4.1.5 Ostatní rasy a jejich specifika v ošetrovatelském procesu

I další rasy mají svoje specifika a jejich znalost je v multikulturním ošetrovatelství nezbytná. Jde samozřejmě o rozdílnou tělesnou konstituci, barvu pleti, očí a vlasů, odlišné laboratorní výsledky a mnoho dalších specifik. Z těch nejdůležitějších je možno zmínit specifika afroameričanů, afričanů a hispánců. Vzhledem k jejich barvě kůže není možné opticky zjistit například špatné prokrvení akrálních částí. Také mají větší genetické předpoklady k nemocem, jako jsou hypertenze, diabetes a obezita. Nezanedbatelný je i fakt, že mají pevnější kůži a je méně snadné provést venepunkci.

[7], [19], [25], [35]

4.2 Náboženské skupiny v České republice

Svoboda náboženského vyznání je v České republice zaručena ústavou a Listinou práv a svobod. V ČR jsou zastoupeny především tři hlavní křesťanské proudy, mezi které patří katolicismus, pravoslaví (neboli ortodoxní) a protestantismus. Z mimo křesťanských směrů u nás působí Federace židovských obcí - judaismus. Většina církví a náboženských společností byla u nás registrována ze zákona roku 1991, Náboženská společnost Svědkové Jehovovi byla registrována v roce 1993 a Luterská evangelická církev augsburského vyznání roku 1995.

[6], [7], [26], [31]

Tab. 3: Náboženské vyznání obyvatelstva České republiky v roce 1991 a 2001

Náboženské vyznání	1991 abs.	1991 v %	2001 abs.	2001 v %
Obyvatelstvo celkem	10 302 215	100,0	10 230 060	100,0
Věřící celkem v tom:	4 523 734	43,9	3 288 088	32,1
Církev římskokatolická	4 021 385	39,0	2 740 780	26,8
Československá církev evangelická	203 996	2,0	117 212	1,1
Církev československá husitská	178 036	1,7	99 103	1,0
Náb. spol.Svědkové Jehovovi	14 575	0,1	23 162	0,2
Pravosl. církev v českých zemích	19 354	0,2	22 968	0,2
Slezská církev evangelická a.v.	33 130	0,3	14 020	0,1
Církev bratrská	2 759	0,0	9 931	0,1
Církev adventistů sedmého dne	7 674	0,1	9 757	0,1
Církev řeckokatolická	7 030	0,1	7 675	0,1
Křesťanské sbory	3 017	0,0	6 927	0,1
Apoštolská církev	1 485	0,0	4 565	0,0
Bratrská jednota baptistů	2 544	0,0	3 622	0,0
Evangelická církev metodistická	2 855	0,0	2 694	0,0
Starokatolická církev v ČR	2 725	0,0	1 605	0,0
Federace židovských obcí v ČR	1 292	0,0	1 515	0,0
Novoapoštolská církev v ČR	427	0,0	449	0,0
Nábož. spol. českých unitářů	365	0,0	302	0,0
Ostatní a nepřesně určené	21 085	0,2	221 801	2,2
Bez vyznání	4 112 864	39,9	6 039 991	59,0
Nezjištěno	1 665 617	16,2	901 981	8,8

Zdroj: [26]

Česká republika se ale řadí k nejateističtějším zemím světa. Podle sčítání lidu z roku 2001 se k náboženskému vyznání přihlásila jen necelá třetina z celkového počtu obyvatel (celkem 3,3 milionu lidí). Ve srovnání s rokem 1991 se počet věřících, dle statistických údajů snížil ze 43,9% na 32,2%. Tato situace tedy není zrovna nejlepší výchozí pozicí pro pochopení a vytváření podmínek pro požadavky věřících v našich zdravotnických zařízeních.

[6], [7], [26], [31]

Vlivem migrace ovšem na naše území přichází velké množství dalších náboženství, především z oblasti Blízkého východu a Asie. Mezi tyto náboženské směry patří například Hinduismus, Buddhismus a nejmladší monoteistické náboženství Islám.

[7], [26]

4.2.1 Křesťané

Křesťanství vzniklo z židovství a existuje ve třech hlavních formách – katolická církev (římskokatolická a řeckokatolická) kde je hlavou církve papež, pravoslavná (ortodoxní) církev, kde je to cařihradský patriarcha a protestantská (evangelická) církev (luteráni, anglikáni, metodisté, baptisté a jiné odštěpené církve).

Každý, kdo pečuje o nemocného, by měl vědět, jaká služba svátosti může být v daném případě pro nemocného, popř. umírajícího, potřebná a měl by umět tuto službu nemocnému zprostředkovat. Není-li na blízku v daném okamžiku kněz, nebo biskup, může například křest provést kdokoli, kdo přijme od pacienta jeho vyznání víry. Nejčastěji se však provádí svaté přijímání, kdy kněz slouží mši přímo u lůžka nemocného. Největší pomocí, která se může nemocnému dostat, je pokání. Každý zdravotník ošetřující těžce nemocné pacienty by měl mít na paměti, že je důležité tyto svátosti nemocnému nabídnout jako možnou pomoc, nikoli však povinnost.

Víra pomáhá některým pacientům duševně se vyrovnat se svou nemocí a boj s ní nevzdávat předčasně. V dnešní době se v mnoha zdravotnických zařízeních konají pravidelné bohoslužby a kněz navštěvuje věřící přímo u jejich lůžka.

[6], [11], [26], [31]

4.2.2 Židé

Judaismem označujeme náboženství židovského národa. Jedná se o jedno z 3 nejrozšířenějších náboženských směrů na světě. Židovské náboženství se dělí do několika hlavních skupin, z nichž nepřísnější je ortodoxní směr.

V době nemoci Židé smí vyhledat odbornou lékařskou péči. Jejich víra je nijak neomezuje v užívání léků, přijímání krve, v očkování nebo v provádění různých vyšetření. Pokud musí být provedena amputace končetiny, nebo vyoperován nějaký tělesný orgán, je důležité, aby všechny tyto části těla byly předány rodině, která zabezpečí jejich vrácení do země. Tím souvisí i odmítavý postoj Židů k dárcovství

orgánů, který je důležité respektovat ze strany zdravotnického personálu. Stejně tak i umělé přerušení těhotenství se provede pouze tehdy, je-li sama žena fyzicky či psychicky ohrožena na životě. Obecně si Židé velmi váží zdraví a ohledně dodržování léčebných postupů se snaží zdravotnickému personálu vycházet vstříc. Židovská víra také učí člověka, že nesmí být v nemoci a ve smrti opuštěn.

Problémem je zde stravování. Ortodoxní židé přijímají pouze jídlo označené jako košer, které neobsahuje vepřové maso, velbloudy, koně, osly, maso měkkýšů, hlodavce, masožravce, tlustokožce a vodní savce. Zakázáno je také konzumování mléčných výrobků dohromady s masem a absolutně zakázané je požívání krve.

Zbožný Žid je celoživotně spjat s každodenními modlitbami. Den začíná i končí modlitbou. Mezi základní židovské rituály patří u mužského pohlaví obřízka, která se provádí 8. den života novorozence. Tento akt je spojen s ceremoniálem a udělením jména. Uctívají také sabat (den věnovaný odpočinku), který trvá od pátečního večera do sobotního západu slunce. Je důležité vědět, že v tento čas mohou Židé odmítnout lékařský zákrok, pokud se nejedná o záchranu života.

[6], [11], [26], [31]

4.2.3 Muslimové

Islám patří mezi nejmladší striktně monoteistické (vyznává pouze jediného boha Alláha) náboženství ve světě. Základem tohoto náboženství je učení proroka Muhammada, narozeného v Mekce, Saudské Arábii. Věřící v islámské náboženství se nazývá muslim. Život muslimů je pro nás stále svým způsobem obestřen velkým tajemstvím pro svoji odlišnost.

Islám říká, že život i smrt, stejně jako zdraví a nemoc jsou vůle Alláha. Přesto však muslimy nabádá, aby kladli důraz na prevenci nemocí a pokud již nemoc propukne, aby učinili vše potřebné pro její vyléčení a věřili v každý dostupný lék. Na prvním místě je však stále prevence nemocí a islám udává jasná opatření, která by se měla dodržovat proti jejich vzniku. Mezi tato opatření patří např. čistota. Jsou zakázány jakékoli

pokrmu a tekutiny, které negativně působí na organismus. Mezi ně patří zejména drogy, alkohol a toxické látky.

V období Ramadánu, který je měsícem očisty těla i ducha každého muslima, se život věřících značně změní. Během měsíce Ramadánu nesmí zdravý muslim během dne jíst, pít, kouřit, mít pohlavní styk a žvýkat. Nemocní, staří lidé, těhotné nebo kojící ženy, ženy, které menstrují a děti jsou však tohoto půstu zproštěni. Mnohdy se však setkáváme i s velmi ortodoxními muslimy, kteří během dne vyplivují i sliny z úst na důkaz své hluboké víry a očisty během svatého měsíce. To se může odrazit i při hospitalizaci pacienta, zejména je-li ve vážném zdravotním stavu a musí být umístěn na oddělení akutní péče.

[6], [11], [14], [26], [33]

Mezi další rituály islámu, o kterých by každý zdravotník měl vědět a která mohou specifikovat péči o pacienta, patří především osobní modlitby, které muslim provádí 5x denně. Před každou modlitbou se musí provést rituální mytí rukou, předloktí, obličeje a nohou pomocí tekoucí vody nebo pískem. Muslim se modlí obrácen obličejem k Mekce a během modlitby mění pozici těla. Při modlení používá modlitební koberec a Korán. Oba předměty mívá každý muslimský věřící s sebou v nemocnici a zdravotnický personál by měl dbát na to, aby ani na jeden z těchto předmětů nic nepokládal, nebo se jich nedotýkal znečištěnými rukama.

I přes to, že nemocný není povinen se modlit, mnozí z ortodoxních muslimů chtějí tyto modlitby vykonávat i během hospitalizace. Pro zdravotnický personál je důležité vědět, že by měli umožnit pacientovi rituální očistu před každou modlitbou, která je odlišná od běžné denní hygienické péče. V období, kdy je pacient upoután na lůžko, může být tato očista nahrazena pouze symbolickým dotečením zdi a naznačením mytí. Stejně tak i změny poloh při modlení mohou být pouze naznačeny. V době modlitby nesmí být muslim rušen, z důvodu spojení s Mekkou a samotným Alláhem.

Stejně jako modlitby, tak i přijímání stravy je v životě muslimů velmi důležitou společenskou událostí. Muslim není zvyklý jíst sám a jídla, která má dovolené jíst, podléhají určitým pravidlům. Islámská víra zakazuje konzumovat vepřové maso. Maso z ostatních zvířat je povoleno, pokud pochází ze zvířat poražených rituálním způsobem.

V českých nemocnicích se s velkou pravděpodobností tento požadavek splnit nedá, možností řešení je nabídnout pacientovi stravu vegetariánskou, nebo požádat rodinu o domácí stravu, pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje.

[6], [14], [33], [37]

Rodina je pro každého muslima tím nejdůležitějším. Stejně jako je to u romské populace, i v muslimských rodinách žije více generací dohromady a v arabských zemích nenalezneme dětské domovy ani domovy pro přestárlé. Pokud je pacient hospitalizován v nemocnici, rodina se schází u lůžka nemocného a pečuje o něj.

Pro muslimy je velmi důležité umožnit návštěvu rodiny co nejvíce, tedy i mimo návštěvní hodiny, pokud to zdravotní stav pacienta dovolí. Je ale nutné jim vysvětlit, že pacienta na JIP lze navštěvovat jen v omezeném počtu a v kratších časových intervalech.

Stejně tak je to i s informacemi, které jsou podávány rodině. Informace jsou většinou podávány nejstaršímu muži z rodiny, nebo manželovi, jedná-li se o vdanou ženu. Ošetřující personál se nejednou setká s pacienty, kteří nejsou o svém zdravotním stavu informováni v plném rozsahu. Důvodem je většinou dobře míněná psychická ochrana pacienta jeho rodinou. Je důležité na to pamatovat při ošetřování takového pacienta, popřípadě se na podávaných informacích domluvit přímo s rodinnými příslušníky.

[6], [14], [33], [34], [37]

Pokud je v nemocnici hospitalizována žena, pečuje o ni zase jen sestra-žena. Lékaři mužského pohlaví je povoleno starat se o ženu, avšak pouze se souhlasem manžela pacientky a někdy probíhají veškerá vyšetření za asistence příslušníka rodiny. Pokud však manžel nesouhlasí, aby ošetřujícím lékařem byl muž, je zde na místě toto přání splnit, pokud to okolnosti dovolují. Někdy i samotné podání ruky s lékařem/lékařkou druhého pohlaví může vyvolat vlnu nevole a rozpaků.

Islám dovoluje lékařům použít všechny dostupné prostředky, které mohou pomoci v záchraně nebo k prodloužení života, či mohou vést ke zkvalitnění zdravotní úrovně muslimského pacienta. Množství tisících prostředků podávaných na bolest muslimům, je v porovnání s českými pacienty velmi malé. Důvod může být jak na straně pacientů

samotných, kteří se bojí přijímat léky na bolest z důvodu pozdější závislosti na nich, tak i ze strany ošetřujícího personálu. Zkušenost z islámských zemí je taková, že muslimští lékaři věří v sílu víry a ve vůli samotného pacienta se s bolestí vyrovnat bez utišujících léků. Tento trend však ustupuje do pozadí.

I přesto, že muslimské náboženství zakazuje jakoukoli formu eutanazie, ve své podstatě nesouhlasí ani s prodlužováním pacientova utrpení a jeho života za každou cenu. Je zde možnost, aby po důkladné konzultaci a velmi pečlivém uvážení, byl nevyлéčitelně nemocný pacient, nebo pacient v kritickém stavu odpojen od přístrojů udržující jeho základní životní funkce. Islám ukládá věřícím za povinnost být v posledních chvílích s umírajícím. Takový pacient je vždy obklopen svými blízkými, rodinou a duchovními, kteří se o něj velmi intenzivně starají. Tento náboženský zákon představuje velkou zátěž jak pro rodinu pacienta, tak pro ošetřující personál. Není výjimkou, že rodina si přeje být přítomna u lůžka pacienta 24 hodin denně a převzít co nejvíce ošetrovatelských povinností na sebe. Pokud je takový pacient při vědomí, většinou je jeho přáním zemřít v poloze, kdy je čelem obrácen k Mekce.

[6], [14], [33], [37]

Pokud pacient zemře na jednotce intenzivní péče, je vhodné nechat rodinu, aby se zemřelým mohla rozloučit. Lze také požádat rodinu o čas na omytí a úpravu těla zemřelého jen na nezbytně dlouhou dobu a ještě před transportem pacienta z oddělení, nechat příbuzné provést jejich modlitby a tradičně připravit tělo na pohřbení dle náboženských zákonů. Na smrt pacienta reagují členové jeho rodiny většinou velmi emocionálně. Křik, pláč, lomení rukama, trhání vlasů, bití hlavou o zem apod., jsou nezhřídka viděné reakce. Každý zdravotník by měl být alespoň z části připraven na takový příval citů a emocí. Muslim však věří, že zemřelý se vrací zpět k Alláhu a věří ve znovuvzkříšení. Z toho důvodu se pohřby konají co nejdříve po smrti pacienta, nejlépe však ještě tentýž den. Pitva je zakázána z důvodu již zmiňované víry ve znovuvzkříšení a proto by tělo mělo zůstat neporušené. Islám dovoluje pitvy pouze s cílem určit přesně příčinu smrti a pouze v zemi, ve které je zákonem povolena. I v tomto případě je nutné všechny orgány a části těla ponechat na místě tak, aby tělo bylo pohřbeno celé.

Obecně se dá říct, že chirurgické zákroky jsou muslimům povoleny. Jedná-li se však o ortodoxního muslima, zde například transplantace orgánů, pitvy, kosmetické operace nebo potraty jsou striktně zakázány.

[6], [14], [33], [37]

4.2.4 Svědkové Jehovovi

Svědkové Jehovovi patří mezi celosvětová náboženství. Vzniklo ve spojených státech amerických na přelomu 70 a 80 let 19. století z protestantského adventistického hnutí. Stoupenci tohoto náboženství odmítají mnoho křesťanských zásad. Věří, že bůh je jen jedna osoba jménem Jehova. Duch svatý je neviditelná aktivní síla, která vede své služebníky. Věří, že ostatní církve jsou ovládány ďáblem a jsou přesvědčeni o brzkém konci světa.

Původně Svědci Jehovovi odmítali očkování i transplantaci, ale od roku 1945 zůstal pouze zákaz krevní transfuze. Víra přikazuje svým stoupencům požadovat vždy tu nejlepší možnou léčbu, ale bez krve. To způsobovalo a dodnes způsobuje potíže při léčení této skupiny pacientů. Především kvůli nim se před řadou let začal vyvíjet nový obor lékařství, tzv. bezkrevní medicína.

[6], [7], [26]

4.2.5 Ostatní menšinové skupiny v České republice

Je mnoho alternativních a subkulturních skupin (nebo patologických názorových skupin), jako jsou např. anarchisté, squateři, rowdies, příslušníci hnutí punk, skinhead a podobně, kteří vyžadují zvláštní přístup. Zdravotnický personál musí počítat se zvýšeným rizikem agresivity a nepřízpůsobivosti těchto pacientů. Je nutno počítat i s vlivem takového životního stylu na jejich zdraví.

Zcela zvláštními skupinami, které znamenají pro všechna zdravotnická zařízení velkou zátěž, jsou toxikomani a alkoholici. Tito lidé jsou závislí na psychotropních látkách, které ovlivňují pacienta jak po stránce psychické, tak i somatické. Pocházejí

z různých společenských vrstev, názorových, sociálních či národnostních skupin. Péče o takové pacienty vyžaduje od zdravotnického personálu především znalosti o působení těchto látek na organismus nejen v akutní fázi, ale také při jejím vymývání z organismu (např. abstinenční příznaky, halucinace, bludy, agresivita, somatické a vegetativní příznaky apod.) které mají zásadní vliv na chování pacienta v začátku hospitalizace na akutním lůžku.

Rozdílný přístup potřebují i lidé se speciálními požadavky na stravu. Patří mezi ně vegetariáni (všechny jeho formy), vitariáni, makrobiotici nebo třeba freegani . Kromě toho, že je třeba brát ohled na jejich životní postoj při nemocničním stravování, je třeba znát i vliv nedostatku některých živin na konkrétní onemocnění a zajistit plnohodnotnou náhradu v jejich jídelníčku, popřípadě edukovat je v tomto ohledu.

[25], [30]

Zvláštní skupinu ve společnosti tvoří také tak zvaní VIP - z anglického originálu „Very Important Person“ (velmi důležitá osoba). Jsou to lidé, kteří vycházejí z řad bohatých, nebo velmi známých osobností. Péče o tyto pacienty na oddělení akutní péče se v systému našeho zdravotnictví neliší od péče poskytované jiným pacientům. Jde především o záchranu života nebo zlepšení jejich kritického stavu (ale nárok na tuto akutní péči má v naší společnosti každý nemocný bez rozdílu vyznání, sociální a ekonomické situace). Dle možností, struktury oddělení a nároků léčby může být pacient maximálně umístěn na samostatný (nadstandardní) pokoj a je mu samozřejmě poskytována i zvýšená péče. V některých zahraničních nemocnicích je však možné se setkat jak s lůžky akutní péče pro VIP pacienty, tak třeba i s celým oddělením intenzivní péče. Ošetřující personál je vybraná skupina zdravotníků, určená pouze pro daného pacienta.

Na opačném sociálním řebříčku se nacházejí bezdomovci. Vyskytují se většinou ve velkých městech a důvodů, které je vedou k tomuto způsobu života je mnoho. Problémem u této skupiny obyvatel je kromě absence státního občanství a zdravotního pojištění, i jejich zdravotní stav. Jde především o zanedbanou hygienu, přítomnost různých parazitárních onemocnění, neléčené chronické rány, dekompenzované nemoci, špatný stav chrupu, závislost na alkoholu apod.

V souvislosti s menšinami a mnohokulturním složením společnosti bylo třeba se o těchto skupinách zmínit vzhledem k jejich velmi rozdílným požadavkům a potřebám při případné hospitalizaci. Příslušníci těchto skupin vyvolávají předsudky, zrovna tak, jako lidé menšinového vyznání, národnosti, barvy pleti nebo jinak se odlišujících. V jejich případě jde spíše o povědomí možného nebezpečí nákazy či ublížení na zdraví personálu. V rozsahu této práce však nemůže být věnován těmto skupinám větší prostor.

[25], [30]

4.3 Duchovní péče o nemocné

Již v začátku této práce je zmíněno, že ošetrovatelství v dnešní době musí být pojato celistvě a každý zdravotník by měl používat holistické přístupy ošetřování v péči o nemocné. Nejedná se tedy pouze o zachování tělesné schránky nemocného, je nutné starat se také o psychiku a v neposlední řadě uspokojit též spirituální potřeby člověka.

Duchovní přesvědčení a náboženské vyznání hrají významnou úlohu v životě mnoha lidí. Zcela zásadně mohou ovlivnit pohled jak na nemoc jako takovou, tak i na způsob a průběh léčby. Někteří věřící pokládají nemoc za životní zkoušku, jiní mohou cítit nemoc jako trest boží.

[6], [20], [27], [30]

Většinou je pro zdravotníka velmi nesnadné uspokojit pacientovy potřeby vycházející z jeho víry, pokud se on sám řadí mezi ateisty, o daném náboženství má jen povrchní a nedostačující informace a ze svého postoje ani nemá zájem si znalosti prohloubit. Prvním krokem, který může každý zdravotník udělat pro zvýšení humanizace a používání holistického přístupu v praxi, je absolutní respektování víry každého pacienta, kontinuální sebevzdělávání v této oblasti a uplatňování nabytých vědomostí v individuálním přístupu při péči o nemocné. V rámci sebevzdělávání není myšleno pouze čerpání z literatury a jiných dostupných zdrojů. Velký podíl má také péče o věřícího pacienta, který tyto informace verbálně i neverbálně pečujícímu zdravotníkovi předává.

Pokud si pacient nebo jeho rodina přeje návštěvu kněze, mnicha, rabína apod., každý zdravotník by měl být schopen tomuto přání vyhovět a mít v povědomí, zda tato spirituální péče je v daném zdravotnickém zařízení dostupná.

Pacient hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče se často nachází v bezprostředním ohrožení života a o to výrazněji si on sám i jeho blízcí uvědomují křehkost života a blízkost pomyslné hranice mezi životem a smrtí. Zde ještě více platí, že i zatvrzelý nevěřící se na sklonku svého života může obrátit k Bohu pro pocit, že není ve své složité životní situaci zcela sám, pro pochopení a smíření.

Spirituální potřeby mohou být v určité fázi nemoci předřazeny potřebám biologickým. Pro ošetřující personál se to mnohdy může jevit jako nepochopitelné a priority nemocného jsou často diametrálně odlišné od představ zdravotníků. A právě v takovém období by měl každý zdravotník poskytovat jednak tu nejlepší odbornou ošetrovatelskou péči a zároveň ji dle možností skloubit se spirituálním přáním pacienta a snažit se načerpat co nejvíce zkušeností pro budoucnost.

[6], [20], [27], [30]

5 Specifika péče o klienty na jednotkách intenzivní a akutní péče

Pacienti hospitalizovaní na jednotkách akutní a intenzivní péče jsou většinou v přímém ohrožení života a často se ocitají v blízkosti smrti. Tito pacienti jsou často přivezeni rychlou záchrannou službou ve stavu, kdy nejsou schopni se sami o sebe postarat a rozhodnout, co je pro ně v dané situaci nejlepší. Jsou upoutáni na lůžko, připojeni na přístroje a obklopeni nejmodernější technikou. Jejich známé domácí prostředí a především rodina je nahrazena cizími lidmi, kteří o ně pečují. Často jsou připojeni na umělou plicní ventilaci, což je značně omezuje v komunikaci, mohou pociťovat bolest, nepohodlí, chlad, mohou se bát nebo se cítit ohroženi.

V případě cizince ještě k těmto všem nepříjemným prožitkům přistupuje nemožnost dorozumět se v daném jazyce. Domluvit se s ošetřujícím personálem na základních

potřebách a do určité míry i způsobu poskytované ošetrovatelské péče. Pocity, které tito lidé prožívají, si pravděpodobně nikdo ze zdravotníků nedokáže představit, pokud sám nic takového ve svém životě neprožil. Proto je tak důležité pro zdravotnický personál, pracující na těchto odděleních, aby si osvojil znalosti z oboru multikulturního ošetrovatelství a především, aby používal lidský přístup při poskytování ošetrovatelské péče.

[2], [16], [17], [20], [23]

6 Zdravotní pojištění cizinců

Důležitou otázkou je i úhrada zdravotní péče. I z tohoto pohledu je postavení cizince poměrně komplikované. Tito pacienti jsou často velmi špatně informovaní, a to jak o našem systému zdravotní péče, využití primární péče, nebo o tom, co jejich zdravotní pojištění kryje. Na druhé straně, zdravotníci si nejsou jisti pojmy jako neodkladná a akutní péče či povinně léčené nemoci, což je významné u pacientů s komerčním pojištěním nebo bez nepojištění. Bohužel je i poměrně běžný pohled na určitou skupinu cizinců jako na osoby neoprávněně čerpající zdravotní péči.

[31]

Cizinci hradí zdravotní péči buď z pojištění, hotově, nebo může být zdravotní péče hrazena státními orgány, jako je Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo spravedlnosti nebo Ministerstvo vnitra apod. Příkladem jsou třeba utečenci, kteří žijí v utečeneckých táborech, jejich zdravotní péče je hrazena Ministerstvem vnitra.

[4], [6], [22], [28], [30]

Národnostní menšiny s trvalým pobytem na území ČR mají přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění stejně jako občané ČR, popřípadě si mohou uzavřít smluvní zdravotní pojištění u VZP. U ostatních pacientů, kteří nemají trvalý pobyt v ČR, záleží na typu zaměstnaneckého statusu. Jedná-li se o zaměstnance firem, registrovaných a se sídlem na našem území, mají také přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění. Cizinci, kteří podnikají, mají možnost uzavření smluvního pojištění.

[4], [6], [22], [28], [30]

Dle statistického úřadu ČR byla za loňský rok nejčastěji poskytnuta zdravotní péče osobám z Ukrajiny, Vietnamu a Slovenska. Ze zemí Evropské unie šlo především o občany Německa. Ve většině případů šlo o pacienty ve věkové skupině 20 až 59 let, na území hlavního města Prahy a hlavním způsobem úhrady zdravotní péče byla hotovost.

[26]

7 Ošetřovatelský proces v multikulturním ošetřovatelství

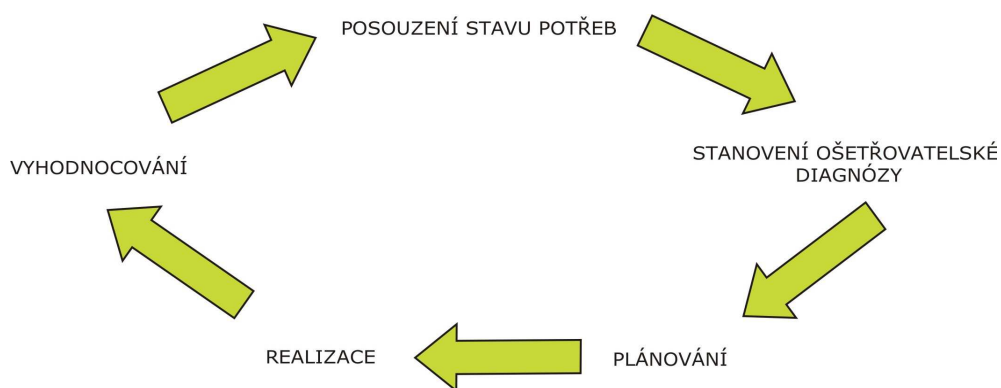
Ošetřovatelský proces je pracovní metodou ošetřovatelské péče, pomocí které jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci schopni vyhledat a poté uspokojovat individuální potřeby pacientů, rodin a komunit.

Proces obsahuje 5 základních fází, které na sebe navzájem navazují a patří mezi ně:

- posouzení potřeb pacientů - sběr informací
- stanovení ošetřovatelských diagnóz dle důležitosti
- plánování
- realizace plánu
- vyhodnocení plánu (průběžné/konečné)

Každá část tohoto procesu má svoje nenahraditelné místo a jedna fáze přímo ovlivní fáze následující.

[2], [7], [20], [35]



Obr. 4: Ošetřovatelský proces

V první fázi dochází k hodnocení vstupních informací. Jde o posouzení pacienta neboli odebrání ošetřovatelské anamnézy. Sestra by se měla zaměřit komplexně na stav pacienta, na jeho potřeby i celkovou životní situaci. Na základě těchto informací stanoví ošetřovatelské diagnózy. V současné době se především používá tříložková diagnóza, obsahující pojmenování problému/potřeby pacienta, jeho projevy a určení jeho příčiny.

Poté následuje určení cílů, na které se zdravotnický pracovník zaměří a sestaví plán ošetřovatelské péče. Ten jasně udává, jakým způsobem bude usilováno o odstranění daného problému.

V průběhu realizace se v určitých časových úsecích ošetřovatelský plán vyhodnocuje, zda bylo cílů již dosaženo, nebo zda došlo ke zlepšení v dané oblasti. Závěrečné hodnocení celkově shrnuje poskytovanou péči a je použito k vypracování překladové nebo propouštěcí zprávy.

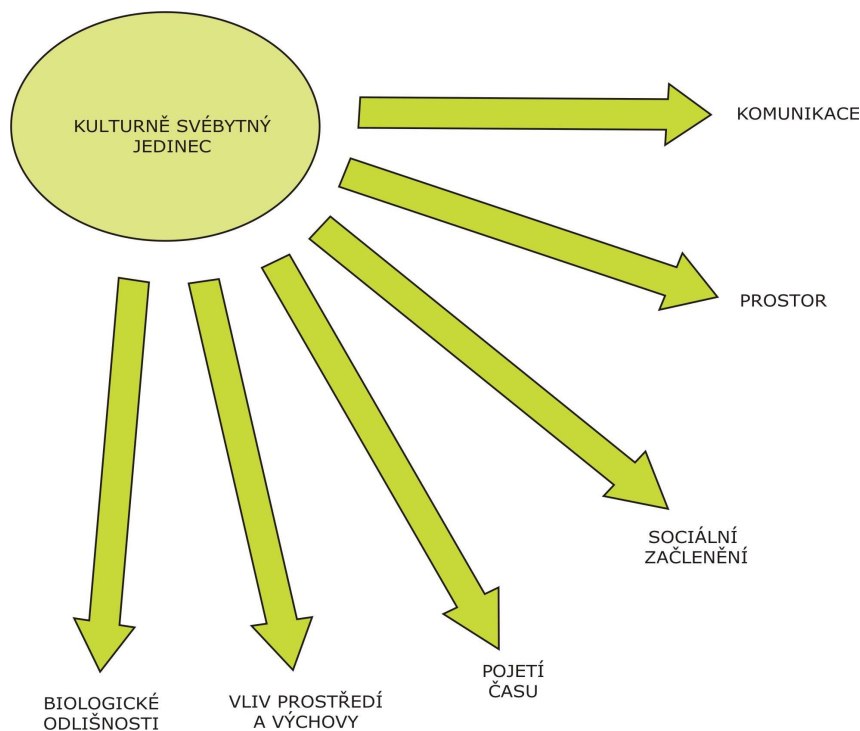
Při vypracovávání ošetřovatelského procesu je velmi důležité, aby si zdravotníci a to především sestry, které jsou v úzkém kontaktu s nemocným, uvědomili, že etnické a kulturní hodnoty vyznávané pacientem se mnohdy velmi liší od hodnot, které vyznávají oni sami, které jsou jim blízké a snadno pochopitelné. Respekt, holistický přístup, pochopení a porozumění cizích hodnot, či ochota změnit své vlastní chování vůči potřebným, je tím základním stavebním kamenem.

[2], [7], [20], [35]

7.1 Posouzení stavu potřeb nemocného a stanovení ošetřovatelské anamnézy

Důležitým mezníkem pro ošetřujícího je získat dostatečné množství informací o dané skupině nebo kultuře, ze které pacient přichází a vytvořit si určitý obraz o rozdílech v poskytované péči. Mezi tyto základní údaje patří například zjištění etnické příslušnosti, jaké má náboženské a spirituální potřeby, zda se jedná o přistěhovalce nebo utečence, jakým jazykem mluví a zda rozumí našemu jazyku. Zajímá nás také sociální a ekonomické zázemí, stravovací návyky a všeobecný názor na zdraví a nemoc, vycházející z jeho přesvědčení. Stanovené diagnózy pak vycházejí z těchto získaných

informací a patří mezi ně například bezmocnost, duchovní tíseň, narušená verbální komunikace, neochota ke spolupráci, společenská izolace, úzkost ze smrti, přetížení pečovatele a další.



Obr. 5: Zhodnocení pacienta v ošetrovatelském procesu

[7]

Na oddělení akutní péče se vždy v první řadě jedná o záchranu samotného života (zachování života) u kriticky nemocného pacienta, zlepšení nepříznivého zdravotního stavu a též podpora rodinných příslušníků hospitalizovaného pacienta.

[7]

7.2 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy stanovené sestrami se zásadně liší od diagnóz lékařských. Nejde o stanovení samotné diagnózy z medicínského hlediska, ale především o určení potřeb pacienta, vyplývající z jeho choroby a běžných denních potřeb každého člověka, modifikovaných dle způsobu života.

Jednotlivé ošetrovateľské diagnózy môžeme rozdeliť na aktuálne a potenciálne. Vždy však musíme mať na pamäti holistický pohľad na pacienta, zhodnotiť pacienta po všetkých stránkach. Medzi aktuálne diagnózy radíme ty, ktoré je v danej chvíli potreba riešiť, keď pacient nemá uspokojené konkrétne potreby. Ako potenciálne diagnózy sa označujú problémy, ktoré môžu nastať a to ako ešte v priebehu hospitalizácie alebo až po prepustení. Tieto problémy môžu výrazným spôsobom ovplyvniť priebeh choroby, rekonvalescenciu alebo návrat do bežného života.

[7]

7.3 Plán ošetrovateľskej starostlivosti a stanovenie cieľov

V pláne ošetrovateľskej starostlivosti je dôležité zohľadniť kultúrne zvyklosti daného etnika a dle možností poskytnúť alebo doporučiť možnosť jej riešenia. Nie je výjimkou, že sama rodina je zapojená do plánovania ošetrovateľskej starostlivosti a aktívne sa na ňom podieľa. Je-li potreba zostaviť plán starostlivosti pre pacienta-cizinec, môže tiež požiadať o pomoc tlumočníka.

Ciele v ošetrovateľských plánoch sú zamerané nielen na samotného pacienta, ale aj na celú rodinu. Musí byť snaha vytvoriť priestor pre jednoduchšie vyrovnanie sa s hospitalizáciou, dosiahnuť dostatočnú verbálnu i neverbálnu komunikáciu, zmiernenie bolesti, strachu, beznadišy, zmenu a zlepšenie životných návykov a prípravu na domácu starostlivosť po prepustení z nemocničného ošetrovania. Zmienené ciele sa nevzťahujú iba na pacienta samotného, ale tiež o harmonizáciu a zahrnutie všetkých rodinných príslušníkov do celého systému.

Ciele zamerané na rodinu kladú dôraz na vytvorenie funkčných mechanizmov, vyrovnanie sa s hospitalizáciou a zdravotným stavom rodinného príslušníka, poprípade s následkami jeho choroby a prevzatím zodpovednosti za domácu liečbu. Práca s rodinou musí mať kontinuitu a môže vyžadovať zapojenie odborníkov z rôznych medicínskych odborov.

Ciele je nutné formulovať jednoducho, zrozumiteľne a systematicky a mali by zahŕňať stránku somatickú, psychickú, sociálnu i materiálnu.

[7]

7.4 Realizace ošetrovatelské péče

Základem úspěchu je poskytování kvalitní a profesionální péče ze strany sester. Určitou modifikací, která vychází z respektování kulturních, sociálních i dalších odlišností a uvědomování si různých praktik a respektování jiného způsobu života, můžeme poskytnout stejně kvalitní a bezpečnou péči, která však bude zahrnovat myšlenky, přání a názory pacienta samotného a jeho pobyt v nemocnici se tím do určité míry zpříjemní.

Dle předem stanovených cílů dochází k jejich kontinuální realizaci s ohledem na kulturní citlivost, což v praxi znamená respektování jedinců různých kultur, přesvědčení a vyznání s ohledem na jejich osobní přání, názor a postoj k dané věci. Tato péče však musí být poskytována tak, aby bylo zaručeno bezpečí a kvalita péče o pacienta.

[7]

7.5 Závěrečné vyhodnocení ošetrovatelského plánu

Hodnotí se především efektivnost péče! Porovnávají se dané cíle se současným stavem pacienta, a zda těchto cílů bylo dosaženo. Výstupem bývá propouštěcí/překladová zpráva, která bývá určitým vodítkem pro zdravotníky, kteří budou navazovat na tuto péči. Zpráva by měla obsahovat jak obecné informace, na které je zdravotnický pracovník zvyklý, tak i informace specifické pro daného pacienta, jako jsou komunikační bariéry a způsob dorozumívání se s pacientem a jeho rodinou, zvyky daného etnika a specifický přístup v rámci ošetrovatelského procesu.

[7]

8 Přístup nemocnic k problematice multikulturního ošetřovatelství

Velké nemocnice mají jednu nepopiratelnou výhodu a to v podobě oddělení pro cizince, které jim pomáhá zprostředkovat potřebnou zdravotní péči. Mohou v rámci nemocnice objednat pacienty na potřebná vyšetření i s doprovodem a pomoci zajistit hospitalizaci na jednotlivých specializovaných odděleních, popřípadě zajistit překladatele. Před propuštěním pacienta do domácího ošetření zajišťují překlady propouštěcí zprávy a jiných potřebných dokumentů, vyřizují administrativu vztahující se k úhradě za poskytnutou zdravotní péči a podílí se na zajištění transportu pacienta do jiné země. Vše se snaží zajistit k plné spokojenosti hospitalizovaného a berou maximální ohled na jeho individuální přání a potřeby. Cizinci tuto pomoc vítají z důvodu jejich jazykové bariéry nebo neznalosti zdravotnického systému a možností poskytovaného zdravotního ošetření v naší zemi.

To však bohužel neplatí o menších zdravotnických zařízeních, která nemají možnost poskytovat podobné služby. Zdravotnický personál je pak většinou odkázán na vlastní schopnosti nebo schopnosti kolegů, kteří jsou lépe jazykově vybaveni, než oni sami a jsou ochotni vše srozumitelně pacientovi vysvětlit, nebo používají edukační materiály (brožury, letáky apod.), které mohou poskytnout pacientům k prostudování.

Některá nemocniční zařízení mají pro tento účel vypracované vnitřní směrnice a metodické pokyny, jakou péči mohou cizincům nabídnout a jakým způsobem ji mají poskytnout. Tyto směrnice bývají vypracované individuálně a většinou jsou dostupné na intranetové nemocniční databázi.

[4], [8], [15], [22], [27], [28]

Porovnáme-li však přístup zdravotníků v uspokojování potřeb cizinců a pacientů jiného etnika u nás a v zahraničí, je patrný velký rozdíl. Již při příjmu do nemocničního zařízení je v rámci vstupního pohovoru věnována pozornost náboženskému vyznání pacienta a tím se klade důraz na jeho odlišné potřeby i během ambulantního ošetření a také po celou dobu hospitalizace. Je třeba však připustit jejich dlouhodobější zkušenosti

s touto problematikou, větší multikulturnost a různorodou národnostní skladbu i samotného zdravotnického týmu.

Na odděleních akutní péče, na které je tato práce zaměřena, se setkáme s dalšími rozdíly. Existují zde takzvané sestry školitelky. Jejich úkolem je nejen kontinuálně zvyšovat znalosti a dovednosti sester po odborné stránce, ale také dbát na spokojenost hospitalizovaných pacientů v rámci daného oddělení. Do jejich kompetencí tudíž spadá i vypracování postupů a metodik péče o cizince, získávání a příprava informačních materiálů v cizím jazyce a proškolení zdravotnických pracovníků v odlišnostech a specifikách péče poskytované cizincům.

Tato péče v rámci ČR se zdá být stále nedostačující. Péče o cizince představuje pro zdravotníky větší časovou i psychickou zátěž. Poukazují zejména na komunikační bariéru, avšak i přítomnost překladatele se zdá být v určitých případech problematická, zejména s ohledem na lékařské tajemství a poskytování informací o zdravotním stavu třetí straně. Někteří zdravotníci vnímají poskytovanou péči v cizím jazyce nebo uspokojování duchovních či jiných individuálních potřeb nad rámec jejich povinností. Pozitivně však vnímají možnost využití komunikačních karet-piktogramů, letáčků s informacemi o nejčastějších diagnózách apod.

Pacienti přijímaní v akutním stavu na oddělení intenzivní péče tvoří velmi specifickou skupinu. Je nezbytné jim poskytnout maximální dostupnou lékařskou a ošetrovatelskou péči i přesto, že někdy mohou být dočasně potlačeny jejich spirituální potřeby.

9 Metodika výzkumu

9.1 Význam výzkumu

Ošetrování pacientů jiného etnika či vyznání se stává samozřejmostí, a nároky na teoretickou připravenost i praktické zkušenosti zdravotnického personálu v tomto ohledu jsou stále vyšší. Jaké jsou tyto znalosti a zda existuje pozitivní přístup v otázce multikulturního ošetrování, lze zjistit například výzkumem provedeným na určitém počtu relevantních respondentů. Takovýto výzkum by bylo zajímavé provést opakovaně a to v rozmezí několika let. Kontinuální sledování by ukázalo, zda s měnícím se vzorkem respondentů nastal nějaký posun.

9.2 Cíl výzkumu

Ze všech aspektů problematiky multikulturního ošetrovatelství mi jako nejvýznamnější připadala připravenost a informovanost sester, protože to je ta část systému, kterou je možno měnit a dále rozvíjet. Pro svou bakalářskou práci jsem si tedy stanovila tyto dva následující cíle:

1. Zjistit, jaká je připravenost sester na větší diverzifikaci pacientů/klientů z hlediska kulturní a etnické různorodosti.
2. Zmapovat informovanost sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

9.3 Předpoklady

Před sestavením dotazníku pro sestry, pracující na odděleních akutní a intenzivní péče v různých nemocnicích České republiky, jsem si stanovila tyto hypotézy:

1. Domnívám se, že více než 75% sester pracujících na oddělení intenzivní péče mají zkušenosti s ošetřováním pacientů s jiným etnickým a kulturním zázemím.
2. Domnívám se, že více než 50% sester pracujících na oddělení intenzivní péče má zájem o prohloubení znalostí spojených s problematikou multikulturního ošetřování.

9.4 Použitá metoda

K tomuto průzkumnému šetření jsem použila kvantitativní metodu výzkumu - techniku sběru dat pomocí originálních dotazníků, jehož vzor je uveden v příloze této práce. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, založený na principu nepřímého dotazování respondentů pomocí předem vytvořeného formuláře. Dotazník obsahuje jak otázky uzavřené a polouzavřené, tak i otevřené. Respondenti výzkumného šetření byly zdravotní sestry, pracující na odděleních akutních lůžek (ARIP, JIP) nemocnic ČR.

Výhodou této výzkumné metody je rychlý sběr dat v relativně krátké době. Nevýhodou je však možnost nepravdivých odpovědí a neochota respondentů k vyplňování dotazníků, zvláště pak otázek vyžadující vyjádření vlastních myšlenek a názorů.

Celkem bylo použito 150 dotazníků. Část jich byla zaslána poštou s přiloženým průvodním dopisem a část předána osobně vrchním sestrám vybraných nemocničních zařízení. Návratnost dotazníků byla velmi vysoká, činila více než 76%. Pro zpracování jsem obdržela celkem 115 validně vyplněných dotazníků. Výsledky šetření jsem pak statisticky zhodnotila.

Samotný výzkum probíhal v období října a listopadu 2010 jak ve fakultních a krajských nemocnicích, tak i v nemocnicích okresních, oblastních a městských. Zahrnuty byly i stanice rychlé záchranné služby a trauma centra. Úmyslem bylo zahrnout do výzkumu všechny typy zdravotnických zařízení, pokud možno v různých částech republiky. Na každé vybrané oddělení bylo zasláno 10 dotazníků s cílem získat co nejkvalitnější vzorek respondentů.

9.5 Zkoumaný vzorek

Do zkoumaného vzorku byly zahrnuty jak nemocnice fakultní, tak zdravotnická zařízení regionální. Ve výběru jsou nemocnice, které jsou pravidelně hodnoceny mezi nejlepšími, některé dokonce mají mezinárodní akreditaci, ale jsou zde zastoupeny i zařízení z druhého konce žebříčku. Volba co nejširšího spektra zařízení a pokrytí co největší plochy ČR bylo velmi významné. Pokud existuje v přístupu sester nějaký nedostatek, je třeba posoudit, zda jde pouze o problém ústavu, některého typu zařízení, či je potřeba náprava z celostátního hlediska. Pro zdravotní sestry byla k zahrnutí do zkoumaného vzorku jen jedna podmínka, a to práce na odděleních akutních lůžek.

Seznam nemocnic zahrnutých do výzkumu

- Fakultní nemocnice Motol v Praze
- Ústřední vojenská nemocnice v Praze
- IKEM Praha
- Fakultní nemocnice Olomouc
- Fakultní nemocnice Ostrava
- Fakultní nemocnice Brno
- Krajská zdravotní a.s.- Masarykova nemocnice Ústí nad Labem
- Krajská zdravotní a.s.- Nemocnice Most
- Krajská nemocnice Liberec
- Oblastní nemocnice Frýdlant s.r.o.
- Oblastní nemocnice Kladno a.s.
- Svitavská nemocnice a.s.
- Nemocnice Prachatice a.s.
- Městská nemocnice v Litoměřicích
- Nemocnice Žatec, o.p.s.

9.6 Technika zpracování

Získané informace byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí tabulek četností. Dle podskupin byly sečteny absolutní četnosti a relativní četnosti. Tyto pak byly zařazeny

do tabulek, slovně popsány a graficky vyhodnoceny. Pro zpracování informací byl využit počítačový program Microsoft Office Excel 2007.

Absolutní četnost (n_i) v tabulce vyjadřuje počet dotazovaných, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností. Relativní četnost (F_i) je udávána v procentech a poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na danou dílčí hodnotu. Celkový počet respondentů (n) je počet všech zúčastněných respondentů, kteří dotazník vyplnili a poslali zpět. Vyhodnocení jsem prováděla po jednotlivých otázkách pomocí statistického vzorce pro určení procentuálního vyhodnocení otázek.

$$F_i = \frac{n_i}{n} \times 100$$

9.7 Dotazník

Použitý dotazník se skládá z 22 otázek, z čehož u 17 otázek stačilo vybrat z nabízených variant (a, b, c, atd.) a 5 otázek vyžadovalo formulaci názoru a jeho písemné vyjádření. Hodnocení těchto otázek je samozřejmě problematické a je nutno počítat s částečnou nepřesností výsledku.

Do úvodní části dotazníku jsem zařadila otázky zaměřené na identifikaci respondentů. Zde uváděli svůj věk, dosažené vzdělání, v jaké nemocnici nyní pracují atd. Další otázky směřují k potvrzení či vyvrácení předem stanovených předpokladů.

Účelem některých otázek bylo také nastínit rezervy našeho zdravotnického systému v této oblasti, ukázat možné směry zlepšení stavu a možnosti dalšího prohlubování znalostí nebo zkvalitňování péče zdravotnického personálu pracujících na akutních odděleních nemocnic v naší republice.

9.7.1 Otázka č. 1 Věk

V této otázce jsem zjišťovala, jaká je věková skladba respondentů. Věk respondentů, stejně jako jejich pohlaví či vzdělání sice nejsou klíčové pro získání představ o postavení minoritních skupin v našich nemocnicích, ale jsou zásadní pro statistické zhodnocení odpovědí jednotlivých respondentů, posouzení vlivů na tyto odpovědi a v neposlední řadě pro získání představy, jakým způsobem by bylo vhodné jejich přístup dále zlepšovat.

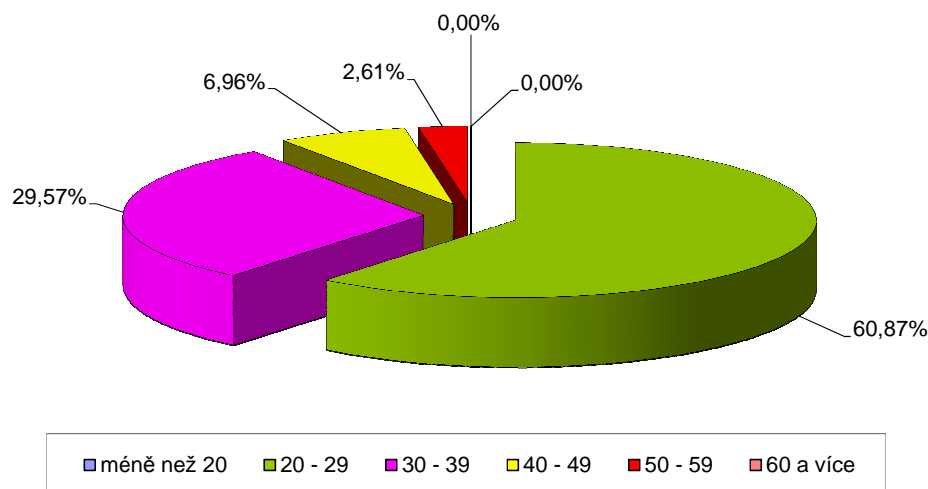
Pro snazší hodnocení jsem věk respondentů rozdělila do 6 skupin uvedených v následující tabulce.

Tab. 4: Jaký je Váš věk?

Věk		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
méně než 20	0	0.00%
20 - 29	70	60.87%
30 - 39	34	29.57%
40 - 49	8	6.96%
50 - 59	3	2.61%
60 a více	0	0.00%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 1: Věk respondentů



Zdroj: Tab. 4

Z rozložení respondentů vyplynulo následující: nejvíce, a to 70 respondentů (55,56%), se zařadilo do věkové kategorie od 20 let do 29 let, 34 respondentů (29,57%) do věkové kategorie od 30 let do 49 let a 8 respondentů (6,96%) 50 až 59. Věk mladší 20 let a starší 60 let neuvedl nikdo ze zúčastněných.

9.7.2 Otázka č. 2 Pohlaví

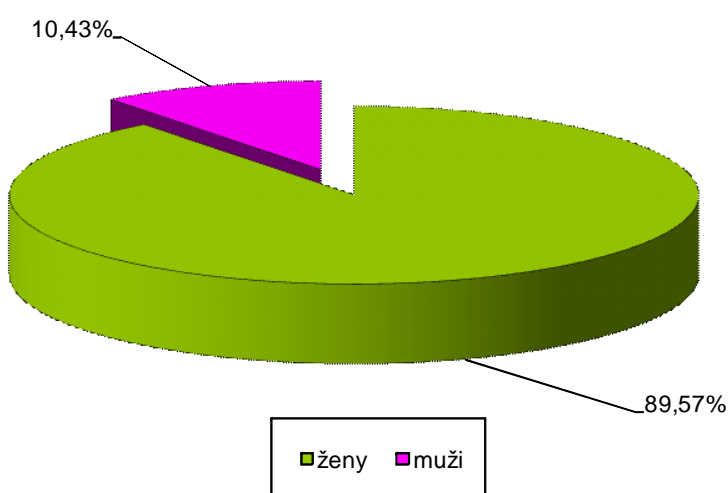
Díky rozdělení respondentů podle pohlaví bylo možné posoudit jejich rozdílný (či naopak shodný) přístup k odlišným kulturám, ochotu komunikovat a využívat nestandardní postupy, rozsah znalostí a potřebu se dále vzdělávat. Vzhledem k převaze žen v tomto oboru je názor mužské části populace cenným přínosem.

Tab. 5: Jaké je Vaše pohlaví?

Pohlaví		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ženy	103	89,57%
muži	12	10,43%
CELKEM	115	100,00%

Zdroj: Vlastní

Graf 2: Respondenti dle pohlaví



Zdroj: Tab. 5

Většina respondentů byly podle očekávání ženy. Mužské pohlaví uvedlo pouze necelých 11% ze všech odpovídajících.

9.7.3 Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

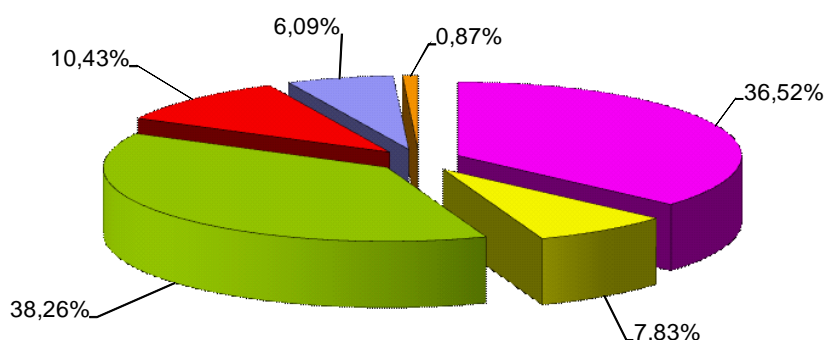
Velmi jsem zvažovala zařazení této otázky do dotazníku, ale vzhledem k posouzení znalostí jednotlivých respondentů a hlavně pro zhodnocení jejich dalšího zájmu o rozšiřování znalostí, mi typ vzdělání připadal důležitý.

Tab. 6: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejvyšší dosažené vzdělání		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
úplné střední s maturitou	42	36.52%
vyšší odborná škola/DIS	9	7.83%
PSS	44	38.26%
bakalářské	12	10.43%
magisterské	7	6.09%
doktorandské	1	0.87%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



■ úplné střední s maturitou
 ■ vyšší odborná škola/DIS
 ■ PSS
 ■ Bakalářské
 ■ Magisterské
 ■ Doktorandské

Zdroj: Tab. 6

Největší procento respondentů (38,26%), uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializační studium a 36,52% pak úplné středoškolské s maturitou. Nejméně (0,87%) respondentů uvedlo doktorandské studium.

9.7.4 Otázka č. 4 V jaké nemocnici nyní pracujete?

Tuto otázku jsem zvolila, aby bylo možné posoudit návratnost dotazníků podle jednotlivých nemocnic a eventuálně i některé odpovědi vzhledem k typu nebo velikosti nemocnice.

Tab. 7: Návratnost dotazníků ze zdravotnických zařízení.

Návratnost dotazníků ze zdravotnických zařízení			
	Rozdáno	Navraceno	
	Abs. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
FN Motol	10	10	100,00%
FN Ostrava	10	8	80,00%
FN Olomouc	10	8	80,00%
IKEM	10	10	100,00%
KN Liberec	10	10	100,00%
ÚVN Praha	10	10	100,00%
FN Brno	10	5	50,00%
KN Ústí n/L	10	8	80,00%
KN Most	10	8	80,00%
ON Kladno	10	8	80,00%
ON Frýdlant	10	9	90,00%
Svitavská nemocnice	10	6	60,00%
Nemocnice Žatec	10	5	50,00%
Nemocnice Prachatice	10	5	50,00%
MN Litoměřice	10	5	50,00%
CELKEM vráceno	150	115	76,67%

Zdroj: Vlastní

Tady lze pozorovat rozdíl mezi jednotlivými typy nemocnic, ve kterých výzkum probíhal. Nejvyšší návratnost validně vyplněných dotazníků byla z fakultních nemocnic v hlavním městě: FN Motol Praha, Ikem Praha, ÚVN Praha. (100%) Naopak nejmenší návratnost z nemocnic městského typu jako Nemocnice Žatec, Prachatice a MN Litoměřice. (pouze 50% návratnost).

9.7.5 Otázka č. 5 Kolik let praxe máte na oddělení intenzivní/resuscitační péče?

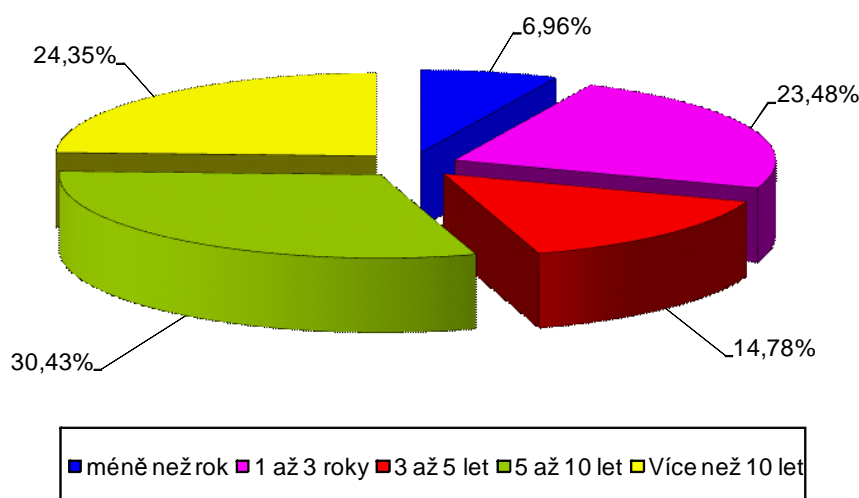
Otázku na délku praxe jsem do dotazníku zařadila proto, aby bylo možné posoudit znalost dané problematiky a snahu se dále rozvíjet vzhledem ke zkušenosti zdravotníka.

Tab. 8: Kolik let praxe máte na oddělení intenzivní/resuscitační péče?

Délka praxe v letech		
	Abs. četnost	Rel. četnost
méně než rok	8	6.96%
1 až 3 roky	27	23.48%
3 až 5 let	17	14.78%
5 až 10 let	35	30.43%
Více než 10 let	28	24.35%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 4: Délka praxe respondentů



Zdroj: Tab. 8

Nejpočetnější skupinu respondentů tvoří sestry s praxí v rozmezí 5-10 let (30,43%). Téměř shodný počet respondentů vzešel ze skupiny s praxí v rozmezí 1-3 roky (23,48%) a více jak 10 let (24,35%). Nejméně početnou skupinu tvořili respondenti s praxí na intenzivní péči méně než 1 rok (6,96%)

9.7.6 Otázka č. 6 Jakými cizími jazyky jste schopen/schopna se domluvit?

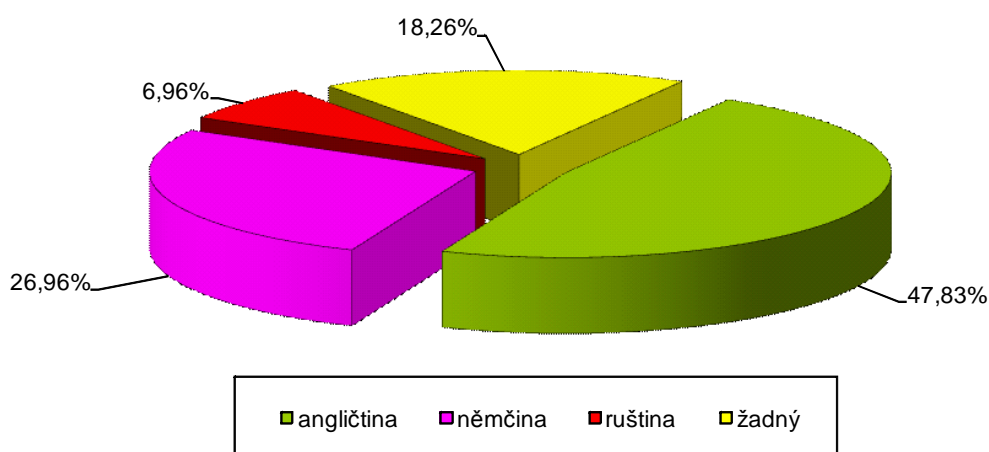
Znalost cizího jazyka z pohledu multikulturního ošetřování mi připadá klíčová. Podle vlastní zkušenosti není úroveň jazykové vybavenosti českého zdravotnického personálu vysoká a bohužel ani zájem o vzdělávání v této oblasti u sester se nikterak nezvyšuje.

Tab. 9: Jaká je Vaše jazyková vybavenost?

Jazykové vybavení		
	Abs. četnost	Rel. četnost
angličtina	55	47.83%
němčina	31	26.96%
ruština	8	6.96%
žadný	21	18.26%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 5: Jazykové vybavení respondentů



Zdroj: Tab. 9

Největší počet respondentů je schopno domluvit se alespoň částečně anglickým jazykem (47,83%), dále pak následuje německý jazyk (26,96%). Celkem 21 respondentů (18,26%) odpovědělo, že nejsou nijak jazykově vybaveni. Posledním zmíněným byl ruský jazyk, který uvedlo 8 respondentů. Všichni tyto respondenti v porovnání s uvedenými věkovými skupinami byli ve věku nad 40 let.

Pozn.: Úroveň znalosti nebyla posuzována.

9.7.7 Otázka č. 7 Co si představujete pod pojmem transkulturní/multikulturní ošetrovatelství?

Na tuto otevřenou otázku vyjadřovali respondenti svůj názor vlastními slovy. Cílem bylo zjistit, zda si všeobecně známý pojem dokáže spojit s konkrétním přístupem k pacientům, vyžadujícím rozdílný, nebo specifický přístup v ošetrování.

Více jak polovina respondentů odpověděla velmi podobně, a to ve smyslu, že se pod těmito pojmy jedná o ošetrování pacientů jiné etnické skupiny, jiného vyznání, jiné kultury, rasy, nebo o cizince.

Celkem 12 respondentů (10,43%) odpovědělo, že se jedná pouze o ošetrovatelskou péči poskytovanou problematickým skupinám žijícím v ČR, jmenovitě Romům a Ukrajincům a že specifika této péče pouze narušují nebo komplikují zavedený systém na oddělení.

V odpovědích zazněly také názory, že se jedná o péči, která je poskytována odlišným způsobem, vzhledem k potřebám pacientů a respektem k jiným národnostem. Zjištění, že se mezi odpověďmi našly i takové postoje bylo velmi potěšující.

Celkem 4 respondenti na tuto otázku neodpověděli, nebo odpověděli, že si pod tímto pojmem nedokáže nic představit.

9.7.8 Otázka č. 8 Měl/měla jste možnost setkat se v rámci Vašeho vzdělání s tématem „Multikulturní ošetrovatelství“?

Otázka, na níž je odpověď zároveň odpovědí na to, zda má podobný výzkum a práce tohoto typu vůbec smysl. Pokud by se prokázalo, že dotazovaní zdravotníci, se s pacienty z odlišných kulturních prostředí nesetkávají, nebylo by vůbec potřeba tuto otázku řešit.

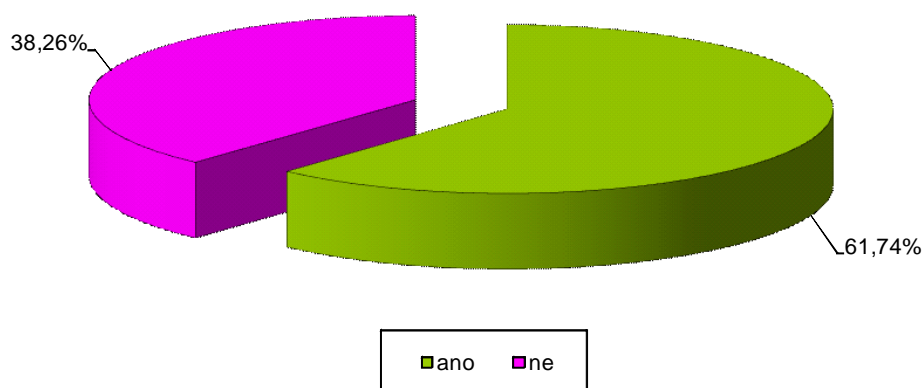
Vzhledem k tomu, že byla naše země po dlouhou dobu poměrně izolovaná od všech vnějších vlivů a nebyla tedy potřeba mnohokulturní skladby pacientů v nemocnici řešit, pracuje zde ještě mnoho zdravotníků, kteří se s tímto tématem v rámci jejich odborného vzdělání nesetkali.

Tab. 10: Měla jste možnost setkat se v rámci Vašeho vzdělání s tématem „Multikulturní ošetřovatelství“?

Zkušenost s multikulturním ošetřovatelstvím		
	Abs. četnost	Rel. četnost
ano	71	61.74%
ne	44	38.26%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 6: Zkušenost respondentů s multikulturním ošetřovatelstvím



Zdroj: Tab. 10

Z celkového počtu 115 respondentů se 44 (38,26%) dotazovaných vyjádřilo, že tento předmět neměli možnost studovat, nebo se v rámci jejich vzdělání nikdy ani s tímto tématem nesetkali. Ostatní respondenti tuto možnost měli. Toto zjištění je poměrně alarmující.

9.7.9 Otázka č. 9 Zúčastnil/a jste se, v rámci celoživotního vzdělávání, konference / semináře / přednášky zaměřené na ošetřování pacientů / klientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím?

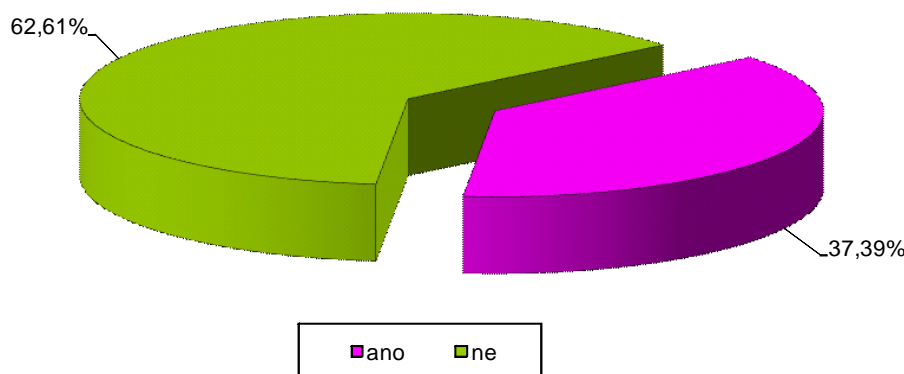
I tuto otázku považuji v dotazníku tohoto typu za nezbytnou. Možnost přístupu k informacím, je hlavní předpoklad pro rozvoj a růst schopností zdravotnického personálu. Vzhledem k nezbytnosti celoživotního a kontinuálního vzdělávání zdravotnického personálu se jeví jako velmi atraktivní nabídnout zdravotníkům možnost se v tomto oboru vzdělávat formou seminářů, konferencí apod. Vliv vzdělání a věku na zájem o účast na konferencích, seminářích a přednáškách je pak zajímavým úhlem pohledu.

Tab. 11: Zúčastnil/la jste se, v rámci celoživotního vzdělávání, konference, semináře či přednášky zaměřené na ošetřování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím?

Účast na vzdělávací akci s tematikou multikulturního ošetřovatelství		
	Abs. četnost	Rel. četnost
ano	43	37.39%
ne	72	62.61%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

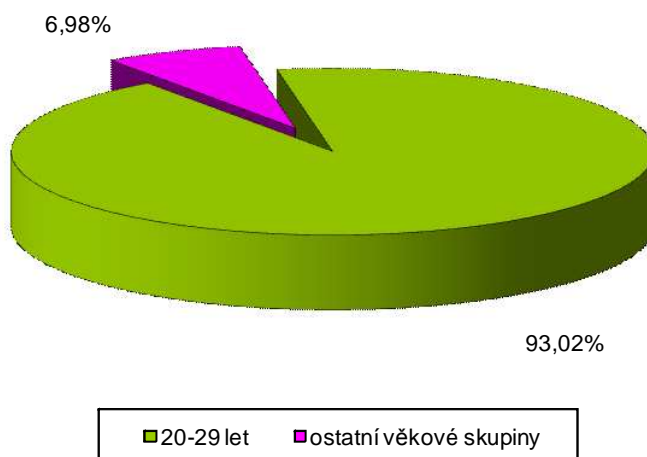
Graf 7: Účast respondentů na vzdělávací akci s tematikou multikulturního ošetřovatelství



Zdroj: Tab. 11

Odpověď respondentů byla pro mě velmi překvapující. Pouze 43 dotazovaných odpovědělo na tuto otázku kladně, 72 dotazovaných odpovědělo, že se nikdy žádné vzdělávací akce nezúčastnili.

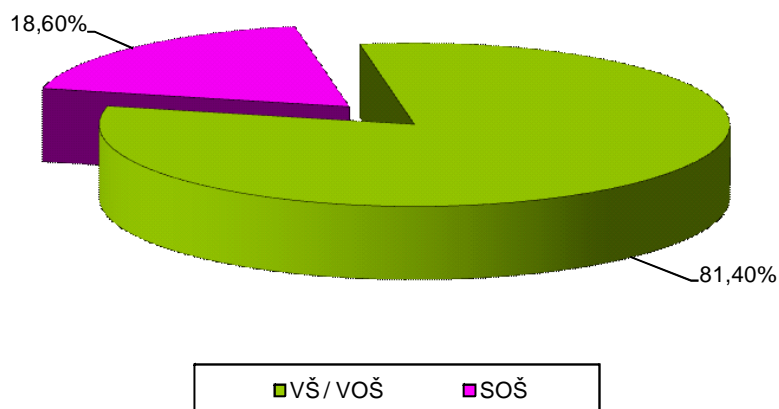
Graf 8: Respondenti, kteří se zúčastnili vzdělávací akce s tematikou multikulturního ošetřovatelství - porovnání podle věkových kategorií



Zdroj: Odpovědi na otázky č. 1 a 9

V porovnání s věkem: Z celkového počtu 43 dotázaných, kteří odpověděli kladně, jich bylo 40 ve věkové kategorii 20-29 let, což tvoří téměř 93%. Naopak pouze 1 respondent spadl do věkové kategorie 40-49 let.

Graf 9: Respondenti, kteří se zúčastnili vzdělávací akce s tematikou multikulturního ošetřovatelství - porovnání dle dosaženého vzdělání



Zdroj: Odpovědi na otázky č. 3 a 9

V porovnání s dosaženým vzděláním: 35 respondentů z celkového počtu 43 kladných odpovědí dosáhlo vyššího odborného nebo vysokoškolského vzdělání.

9.7.10 Otázka č. 10 Máte zájem se v této oblasti dále vzdělávat?

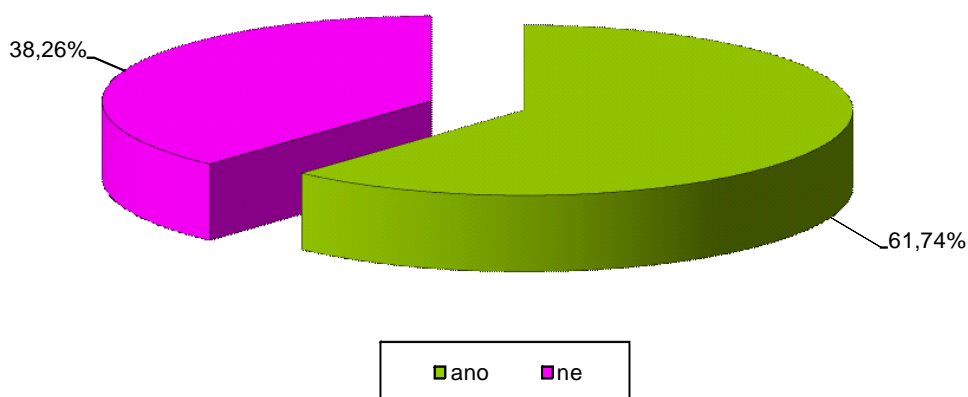
Odpověď na otázku, zda mají respondenti zájem se dále vzdělávat, by měla ukázat jaké možnosti náš zdravotnický systém má v této oblasti. Podle výsledku pak zvážit zda a jak lépe zdravotníky motivovat, aby byla jejich snaha o osobní růst a rozvoj vyšší.

Tab. 12: Máte zájem se v této oblasti dále vzdělávat?

Zájem o další vzdělání v oblasti multikultury		
	Abs. četnost	Rel. četnost
ano	71	61.74%
ne	44	38.26%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 10: Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství



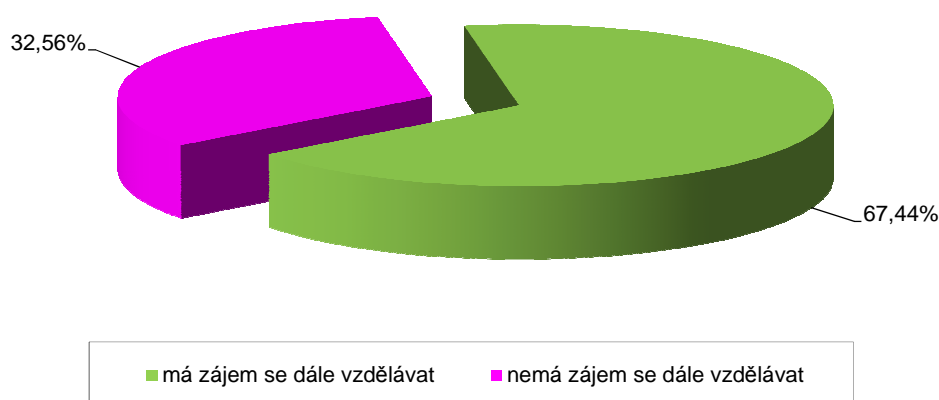
Zdroj: Tab. 12

Z odpovědí v dotazníkovém šetření vyplynulo, že celkem 71 sester má zájem o další, případně hlubší informace z této oblasti, což tvoří 61,74% z celkového počtu

dotázaných a 44 respondentům (38,26%) nepřipadá důležité se touto problematikou dále zabývat.

Dále jsem porovnávala kladné odpovědi na předcházející otázku, zda se již účastnili některého z nabízených forem vzdělávání v této oblasti a zda mají nadále zájem tyto znalosti prohlubovat, či naopak.

Graf 11: Respondenti, kteří se již účastnili některého z nabízených forem vzdělávání a jejich zájem dále prohlubovat svoje znalosti



Zdroj: Odpovědi na otázky č. 9 a 10

Z tohoto šetření vyplynulo, že z celkového počtu 43 sester, které již určité zkušenosti a znalosti mají, je 29 těch, které mají stále zájem své znalosti nadále obohacovat a rozvíjet a 14 respondentů tuto potřebu nepotvrdila.

Naproti tomu ti respondenti, kteří se nikdy neúčastnili žádné vzdělávací akce v rámci multikulturního ošetrovatelství a dle mého názoru by si tuto část svého vzdělání měli alespoň částečně doplnit, bylo z celkového počtu 72 sester pouze 15, které chtěly získat alespoň nějaké povědomí o této velmi rozsáhlé a pro praxi potřebné součásti ošetrovatelské péče.

9.7.11 Otázka č. 11: Jakým způsobem byste informace o ošetřování klientů / pacientů s odlišným kulturním a etnickým zázemím přijímala nejraději?

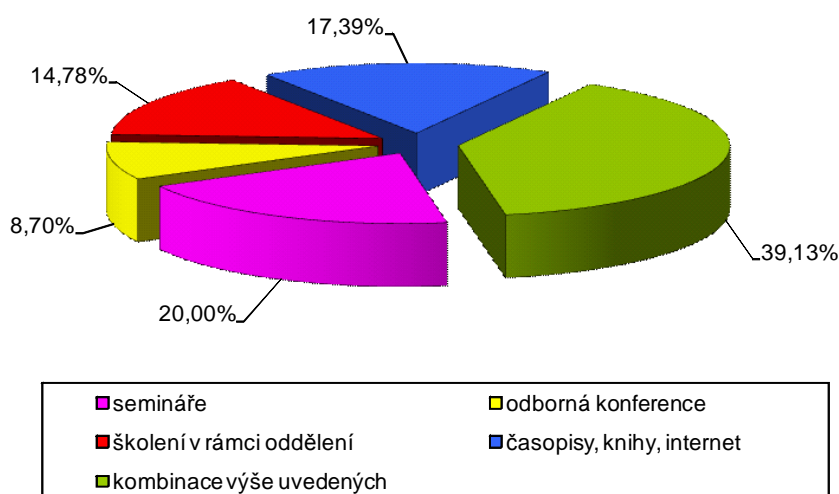
Takto položenou otázkou jsem se snažila zmapovat nejpřijatelnější a také nejsnadnější cestu pro zdravotníky, jak se dostat ke zmíněným informacím. Domnívám se, že vzhledem k náročnosti práce na odděleních ARO a JIP a časové vytíženosti tamního personálu, je obzvláště důležité zvolit ten správný způsob, jakým tyto informace poskytnout všem, kteří by s péčí o cizince mohli přijít do styku. Pokud se podaří nabídnout sestrám zajímavé informace v kombinaci s atraktivní formou podání, lze se domnívat, že dojde ke zvýšení počtu zdravotníků, projevující zájem o multikulturní ošetrovatelství.

Tab. 13: Jakým způsobem byste informace o ošetřování pacientů s odlišným kulturním a etnickým zázemím přijímal/la nejraději?

Preferovaná forma vzdělávání v dané oblasti		
	Abs. četnost	Rel. četnost
semináře	23	20.00%
odborná konference	10	8.70%
školení v rámci oddělení	17	14.78%
časopisy, knihy, internet	20	17.39%
kombinace výše uvedených	45	39.13%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 12: Respondenty preferovaná forma vzdělávání



Zdroj: Tab. 13

Přestože respondenti mohli v této otázce uvést více odpovědí, překvapivě většina z nich se přiklonila pouze k jedné z nabízených variant. Z celkového počtu 115 respondentů by pouze 45 volilo kombinaci různých způsobů vzdělávání. Nejčastěji zvolenou dvojkombinací, byla forma seminářů a odborných konferencí, v pořadí jako druhé označili také formu seminářů v kombinaci se školením v rámci oddělení nebo

9.7.12 Otázka č. 12: Snažil / snažila byste se aktivně vyhledat informace o rozdílech v ošetrovatelské péči v případě ošetrování klienta / pacienta s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

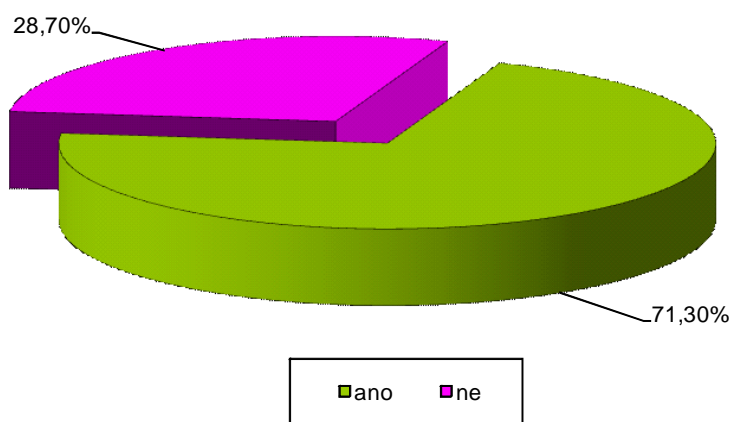
Tato otázka volně navazuje na otázku předcházející. Cílem bylo zjistit, zda respondenti, kteří by měli možnost nebo museli pečovat o klienty jiného etnika, by chtěli vědět, jaká jsou specifika v ošetrování těchto pacientů a zda by aktivně tyto informace vyhledávali.

Tab. 14: Snažil/la byste se aktivně vyhledat informace o rozdílech v ošetrovatelské péči v případě ošetrování pacienta s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

Aktivní vyhledávání informací o rozdílech v ošetrovatelské péči pacienta s jiným etnickým a kulturním zázemím		
	Abs. četnost	Rel. četnost
ano	82	71.30%
ne	33	28.70%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 13: Aktivní vyhledávání informací respondenty



Zdroj: Tab. 14

Dle odpovědí je patrný pozitivní přístup respondentů k samostatnému vyhledávání informací. 82 z nich odpovědělo kladně, což je překvapivé.

9.7.13 Otázka č. 13: Setkal/setkala jste se na Vašem oddělení s pacientem/klientem jiného etnika?

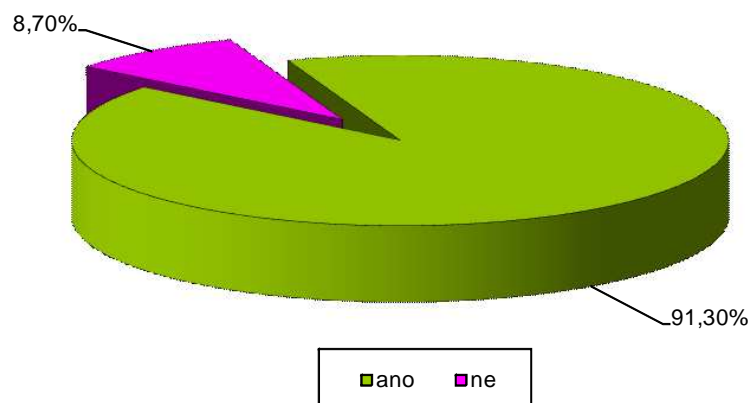
Tato otázka je jednou z klíčových otázek k potvrzení či vyvrácení první hypotézy, kdy se domnívám, že více než 75% sester pracujících na výše zmiňovaných odděleních, mají zkušenosti s ošetřováním pacientů s jiným etnickým a kulturním zázemím.

Tabulka č. 15: Setkal/la jste se na Vašem oddělení s pacientem jiného etnika?

Zkušenost z ošetřování pacienta jiného etnika/vyznání		
	Abs. četnost	Rel. četnost
ano	105	91.30%
ne	10	8.70%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 14: Zkušenost respondentů s ošetřováním pacientů jiného etnika/vyznání



Zdroj: Tab. 15

Celkem 105 respondentů (91,30%) se již alespoň jednou setkala na svém pracovišti s pacientem jiného etnika nebo náboženského vyznání. Tato otázka potvrzuje rostoucí migraci obyvatelstva a tudíž i zvyšující se pravděpodobnost, že zdravotníci, pracující na oddělení akutních lůžek budou stále častěji o takové pacienty pečovat.

Pouze 10 respondentů odpovědělo, že se na svém pracovišti nesetkali s pacientem jiného etnika. Tito respondenti byli převážně z oblastních nemocnic, jmenovitě Oblastní nemocnice Kladno a.s., Nemocnice Prachatice a.s. a Městská nemocnice v Litoměřicích a všichni spadali do věkové kategorie 20-29 let.

9.7.14 Otázka č. 14: S jakými pacienty / klienty etnických a náboženských skupin se nejčastěji setkáváte?

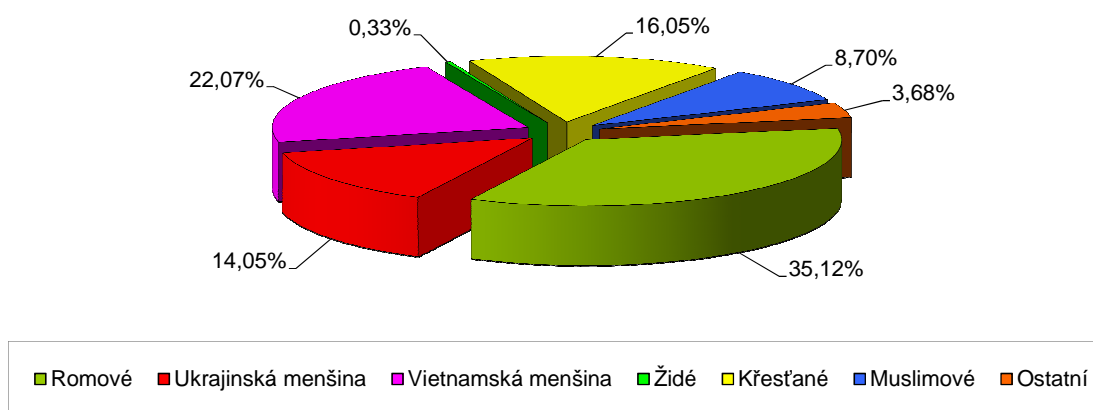
Na tuto otázku a otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v dotazníku uvedli, že již mají osobní zkušenosti s multikulturní péčí ze svého oddělení. Respondenti zde mohli upřesnit etnické a náboženské menšiny, se kterými se v rámci svého oddělení setkali. Z důvodu omezeného rozsahu a možností statistického zpracování tohoto dotazníku, nemohl být zohledněn detailnější rozbor prolnutí mezi náboženskými a národnostními skupinami (např. různá náboženství v rámci jednoho etnika).

Tab. 16: S jakými pacienty jiných etnických
a náboženských skupin se nejčastěji setkáváte?

Nejčastěji ošetřované skupiny pacientů jiného etnika/vyznání		
	Abs. četnost	Rel. četnost
Romové	105	35,12%
Ukrajinská menšina	42	14,05%
Vietnamská menšina	66	22,07%
Židé	1	0,33%
Křesťané	48	16,05%
Muslimové	26	8,70%
Ostatní	11	3,68%
CELKEM	299	100,00%

Zdroj: Vlastní

Graf 15: Respondenty nejčastěji ošetřované skupiny pacientů jiného etnika/vyznání



Zdroj: Tab. 16

Z výsledků zkoumání vyplývá, že nejčastěji zdravotník ošetřuje pacienty z řad Romů, Vietnamců, nebo Ukrajinců. Všichni respondenti mají alespoň částečnou zkušenost s romskými pacienty, celkem 115 zdravotníků (100%), následuje vietnamská menšina a o pomyslný třetí stupínek se dělí Ukrajinci spolu s křesťany. Mezi ostatní byly zařazeny jednotlivé odpovědi jako Poláci, Finové, Italové, Chorvati nebo Finové.

9.7.15 Otázka č. 15: Působí Vám problémy poskytovat péči pacientům / klientům s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

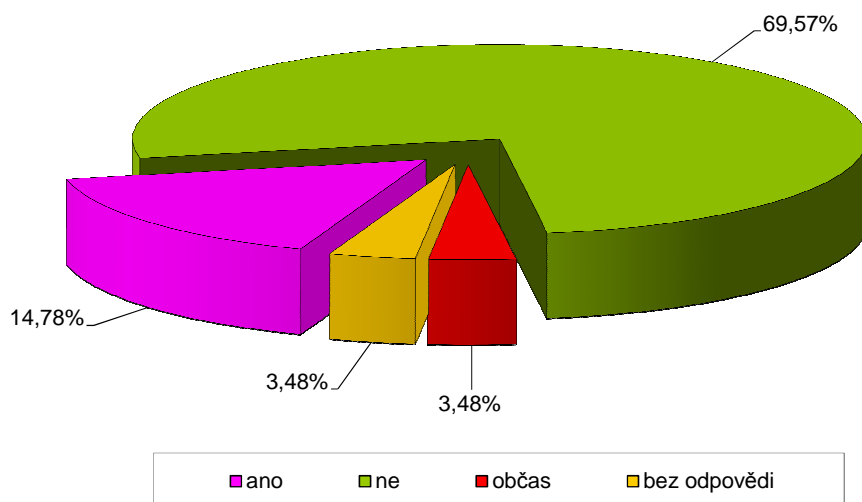
Kvalita poskytované ošetrovatelské péče může být také ovlivněna určitým stupněm rasové diskriminace, nebo pouze neochotou poskytovat péči pacientům, kteří se nějakým způsobem vyhraňují, nebo odlišují od české populace. Výchova zdravotníků v této oblasti by měla tedy vést k tomu, že pacient je svébytná osobnost a měl by být tudíž ze strany zdravotnického personálu plně respektován.

Tab. 17: Působí Vám problémy poskytovat péči pacientům s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

Působí Vám problémy poskytovat péči pacientům s jiným etnickým a kulturním zázemím		
	Abs. četnost	Rel. četnost
ano	17	14,78%
ne	80	69,57%
občas	4	3,48%
bez odpovědi	4	3,48%
CELKEM	105	100,00%

Zdroj: Vlastní

Graf 16: Nakolik působí respondentům problémy péče o pacienty jiného etnika a kulturního zázemí



Zdroj: Tab. 17

80 respondentů odpovědělo, že jim nečiní problémy poskytovat požadovanou péči pacientům jiné kultury, 4 respondenti na tuto otázku neodpověděli a 5 dotázaných pociťuje problémy v poskytování péče s určitými specifickými prvky pouze občas.

9.7.16 Otázka č. 16: Souhlasíte s uplatňováním odlišného přístupu v rámci ošetrovatelského procesu k pacientům/klientům s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

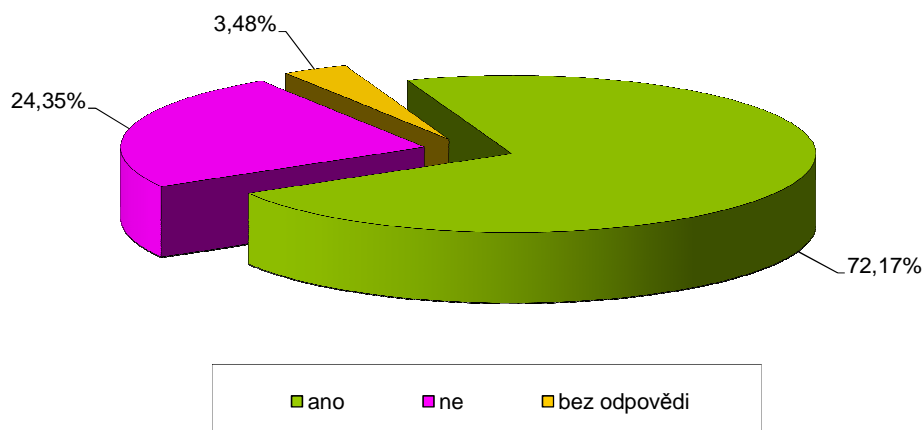
Z výsledku této otázky lze zjistit, jak se ke změně skladby pacientů na oddělení staví ošetřující personál. Multikulturní složení pacientů není v českých nemocnicích zcela vítáno. Je tudíž nezbytné změnit uniformní přístup v péči o pacienty, který je v naší zemi zakořeněn, přijmout nový pohled na moderní ošetrovatelství a zohlednit individuální potřeby nejen pacientů, ale také rodinných příslušníků. Velkým přínosem se zdá být výuka multikulturalismu na vysokých školách, které připravují své studenty po stránce teoretické.

Tab. 18: Souhlasíte s uplatňováním odlišného přístupu v rámci ošetrovatelského procesu k pacientům s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

Souhlasí s uplatňováním odlišného přístupu v ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím		
	Abs. četnost	Rel. četnost
ano	83	72.17%
ne	28	24.35%
bez odpovědi	4	3.48%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 17: Nakolik respondenti souhlasí s uplatňováním odlišného přístupu v ošetřování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím



Zdroj: Tab. 18

Vzhledem k překvapujícímu výsledku jsem tuto otázku následně porovnála s otázkou vztahující se ke vzdělání respondentů. 100% respondentů, kteří odpověděli souhlasně na tuto otázku, dosáhlo vyššího odborného, nebo vysokoškolského vzdělání. Naopak věk dotazovaných nehrál žádnou roli.

9.7.17 Otázka č. 17: Máte možnost využít pro komunikaci s pacienty/klienty jiného etnika tlumočníka?

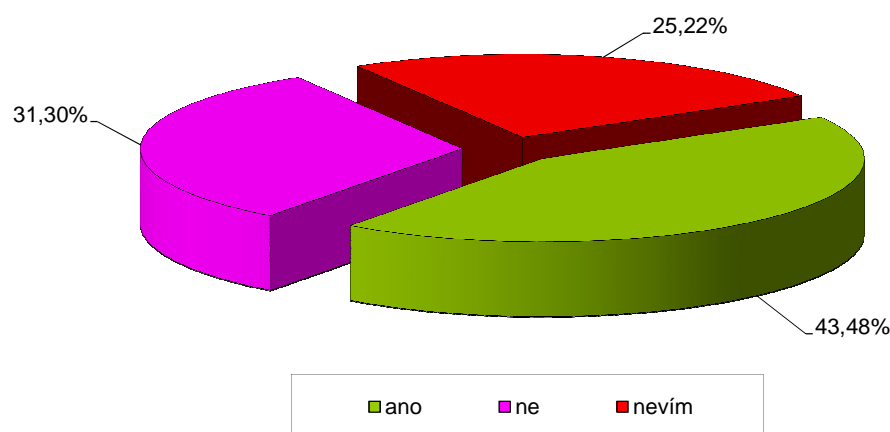
Jedním z důležitých předpokladů pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je především dorozumět se s pacientem. Bez ohledu na typ oddělení je kladen důraz jak na verbální, tak na nonverbální způsob komunikace. Zejména na odděleních akutní péče je velice důležité poskytnout informace tak, aby byly jasné, srozumitelné, ale zároveň obsahovaly vše důležité a potřebné. Většinou je třeba edukovat nejen pacienta samotného, ale i rodinné příslušníky. Nedostatečná znalost cizích jazyků se potvrdila již v otázce číslo 6. O to víc je, v rámci kvalitního přístupu k cizincům, důležité mít možnost využití služby tlumočníka.

Tab. 19: Máte možnost využít pro komunikaci s pacienty jiného etnika tlumočníka?

Možnost využití tlumočníka při ošetřování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím		
	Abs. četnost	Rel. četnost
ano	50	43.48%
ne	36	31.30%
nevím	29	25.22%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 18: Možnost využití překladatele při ošetřování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím



Zdroj: Tab. 19

Z odpovědí respondentů na tuto otázku je patrné, že pouze 50 zdravotníků (43,48%) má možnost využít tuto službu v rámci nemocnice, nebo má alespoň o této službě povědomí. 29 respondentů (25,22%) neví, nebo není seznámeno s touto možností a 36 odpovědělo záporně.

Dále mě zajímala možnost využití tlumočníka z pohledu nemocničních zařízení, ve kterých jsou respondenti zaměstnáni. Rozdělení těchto odpovědí je vyjádřeno v následující tabulce. Zajímavé by bylo zjistit, zda v nemocnicích, kde je taková služba poskytována, je dostatečná informovanost o těchto možnostech anebo je nevědomost způsobena nezájmem na straně personálu.

Tab. 20: Rozdělení možnosti přístupu ke službám tlumočnicka
podle jednotlivých nemocnic zahrnutých do výzkumu

Možnost přístupu ke službám tlumočnicka		
ano	neví	ne
FN Motol	KN Liberec	FN Olomouc
IKEM	ON Frýdlant	ÚVN Praha
FN Ostrava	FN Motol	FN Brno
KN Ústí n/L	-	KN Most
-	-	ON Kladno
-	-	ON Frýdlant

Zdroj: Vlastní

9.7.18 Otázka č. 18: Víte, jaká je nejrozšířenější náboženská příslušnost pro arabské etnikum?

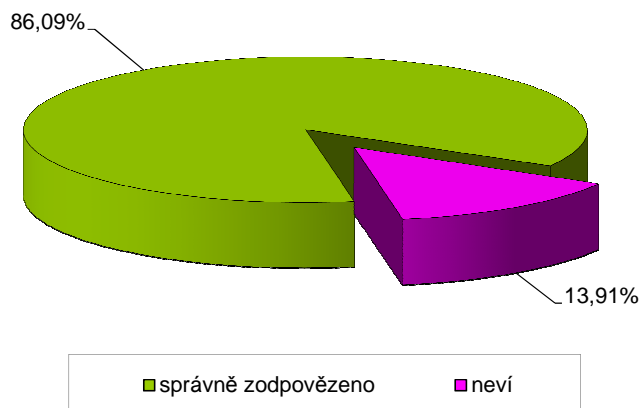
Vzhledem k mému pracovnímu pobytu na Blízkém východě jsem se rozhodla v závěru dotazníkového šetření, zaměřit se na Islám, který je druhým nejrozšířenějším náboženstvím ve světě. Zároveň péče o muslimského pacienta je velmi specifická a vyžaduje určitý rozsah znalostí a zkušeností.

Tab. 21: Víte, jaká je nejrozšířenější náboženská příslušnost pro arabské etnikum?

Povědomí o nejrozšířenější náboženské příslušnosti arabského etnika		
	Abs. četnost	Rel. četnost
správně zodpovězeno	99	86.09%
neví	16	13.91%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 19: Povědomí respondentů o nejrozšířenější náboženské příslušnosti arabského etnika



Zdroj: Tab. 21

Na otázku, vztahující se ke znalosti víry, odpovědělo celkem 99 respondentů správně. 16 respondentů z celkového počtu 115 nevědělo. Tato skutečnost je poměrně potěšující.

9.7.19 Otázka č. 19: Konzumace jakého druhu masa není přípustná v rámci muslimské víry?

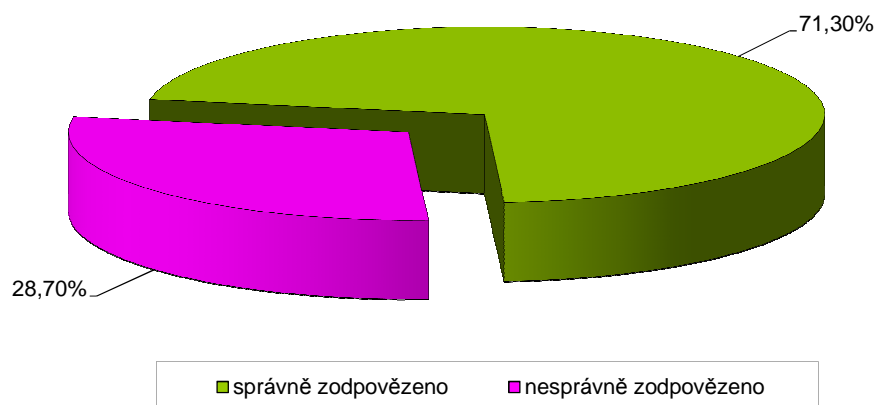
Vzhledem ke značným specifikám, které Muslimy odlišují od jiných náboženských nebo etnických menšin, jsem nesměla opomenout zmínit jeden ze základních rozdílů ve srovnání s jinými menšinami. Domnívala jsem se však, že odpovědi na tuto otázku budou jednoznačné, což se nepotvrdilo.

Tab. 22: Konzumace jakého druhu masa není přípustná v rámci muslimské víry?

Povědomí o přípustné konzumaci masa		
	Abs. četnost	Rel. četnost
správně zodpovězeno	82	71.30%
nesprávně zodpovězeno	33	28.70%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

**Graf 20: Povědomí respondentů o základech muslimské víry
- přípustná konzumace masa**



Zdroj: Tab. 22

Správně určilo 82 respondentů vepřové maso, na druhém místě typovali respondenti maso hovězí, celkem 31 dotázaných. Drůbeží a skopové maso vybrali v odpovědi pouze 2x. 2 z celého počtu respondentů naopak ještě specifikovali označení masa jako „halal“, což je označení pro maso ze zvířat, které byli zabity rituálním způsobem.

9.7.20 Otázka č. 20: O pacientku/klientku muslimského vyznání může v průběhu hospitalizace pečovat:

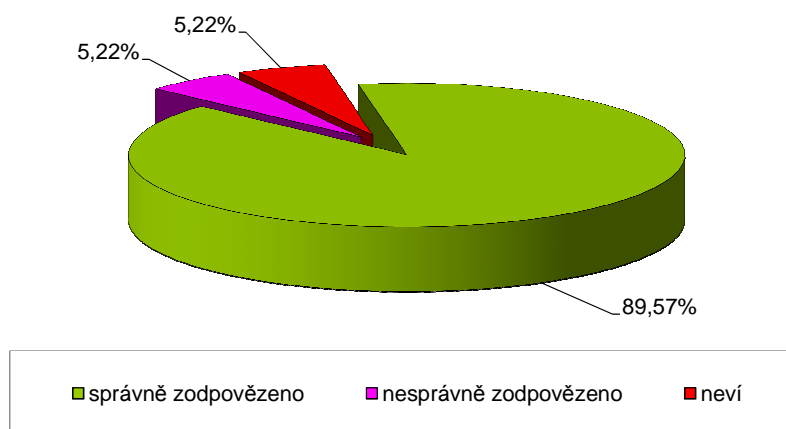
Každý ze zdravotníků, pracujících na oddělení ARO nebo JIP se v rámci svého oddělení může setkat s muslimskou ženou jako pacientkou. Zde je velice důležité mít alespoň povědomí o přístupu k těmto pacientům a poskytované péči, a zda se toto ošetřování shoduje se zvyklostmi jak pacienta, tak celé jeho rodiny.

Tab. 23: O pacientku muslimského vyznání může v průběhu hospitalizace pečovat:

Povědomí přípustné péče o pacientku muslimského vyznání		
	Abs. četnost	Rel. četnost
správně zodpovězeno	103	89.57%
nesprávně zodpovězeno	6	5.22%
neví	6	5.22%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

**Graf 21: Povědomí respondentů o základech muslimské víry
- péče o pacientku muslimského vyznání**



Zdroj: Tab. 23

Z celkového počtu 115 respondentů na otázku, kdo se může podílet na ošetrovatelské péči žen-muslimek, bylo 103 ve skupině správných odpovědí, 6 respondentů odpovědělo nesprávně a 6 neodpovědělo vůbec

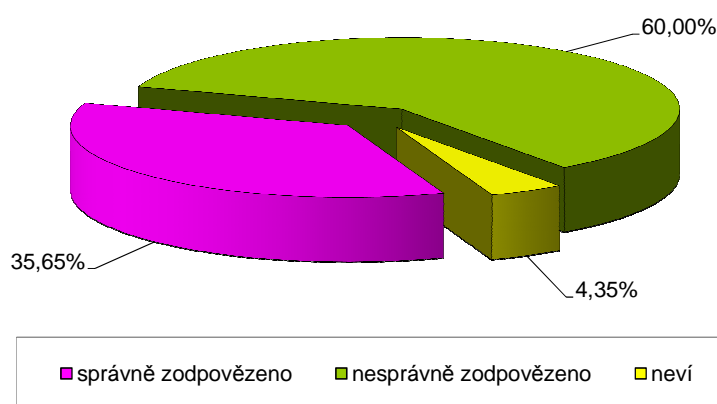
9.7.21 Otázka č. 21: Víte, kolikrát denně se muslim modlí?

Víra a náboženské rituály jsou každodenní součástí muslimů. Jejich víra se prolíná téměř do všech denních činností. Mezi nejvýraznější součásti islámského náboženství patří modlitba, konající se 5x denně. S ohledem na důležitost tohoto každodenního aktu, by všichni zdravotníci měli mít na paměti základní kroky, které předcházejí modlitbě a umožnit pacientovi saturovat jeho potřeby s ohledem na jeho zdravotní stav. Především je žádoucí, vyvarovat se nevhodných připomínek či komentářů ze strany ošetřujícího personálu.

Tab. 24: Víte, kolikrát denně se muslim modlí?

Povědomí o četnosti modliteb		
	Abs. četnost	Rel. četnost
správně zodpovězeno	41	35.65%
nesprávně zodpovězeno	69	60.00%
neví	5	4.35%
CELKEM	115	100.00%

Zdroj: Vlastní

Graf 22: Povědomí respondentů o základech muslimské víry
- četnost modliteb

Zdroj: Tab. 23

Pouze 41 respondentů (35.65%) odpovědělo na danou otázku správně. 5 z celkového počtu 115 na tuto otázku nedokázalo odpovědět a celkem 69 dotazovaných (60%) odpovědělo chybně. Nejčastěji se respondenti domnívali, že muslim se modlí 3x za den, a to ráno, v poledne a večer.

9.7.22 Otázka č. 22: Jaká specifika v péči o muslimské pacienty/klienty znáte?

V závěrečné otázce dotazníku jsem dala prostor všem respondentům, aby vyjádřili své znalosti o poskytování ošetrovatelské péči muslimskému pacientovi, vycházející z jejich vlastního pohledu a názoru, nebo také z vlastních zkušeností. V této otevřené otázce respondenti zmiňovali především rituál modlení spolu s přípravnou fází

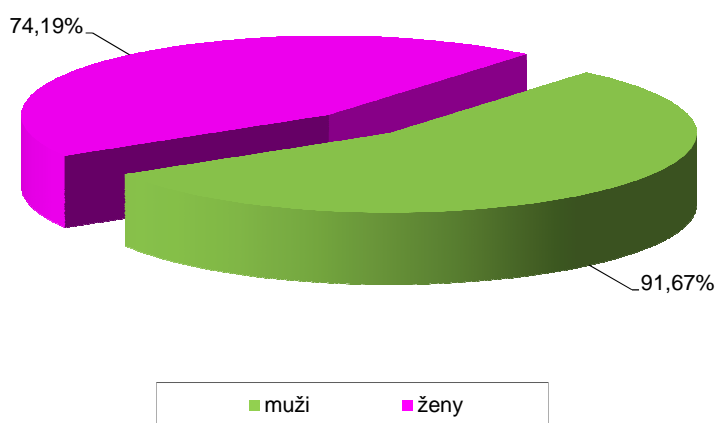
rituálního mytí, provádění osobní hygieny, nepřijímání stravy a tekutin během dne v měsíci Ramadánu, zákaz požívání vepřového masa a konzumaci alkoholických nápojů, intimitu a problém v odhalování se v přítomnosti jiných pacientů a přítomnost většinou celé rodiny u lůžka pacienta v průběhu jeho/její hospitalizace.

Některé uvedené odpovědi, jako např. časté a dlouhotrvající návštěvy u lůžka pacientů rodinnými příslušníky, pociťovali respondenti jako velmi frustrující a nebyli tomuto příliš pozitivně nakloněni. Zejména jednalo-li se o pacienta, který byl ohrožen na životě.

9.7.23 Další možnosti posouzení jednotlivých odpovědí

Situace v poměru zastoupení ženské a mužské populace na jednotkách intenzivní péče je velmi podobný ve všech nemocnicích ČR a proto jsem nemohla očekávat vysoké procento respondentů z řad mužů. Přesto jsem se při vyhodnocování dotazníkového šetření pokusila porovnat pohlaví respondentů s ochotou pečovat o pacienty jiného etnika. Jsem si vědoma, že zastoupení žen oproti mužům bylo v tomto sběru dat ve velké převaze. Nicméně se domnívám, že i když tento údaj nemá ze statistického hlediska příliš velkou váhu, je zajímavé ho zde uvést.

**Graf 23: Respondenti, kterým nepůsobí problémy
pečovat o pacienty jiného etnika
- porovnání podle pohlaví**



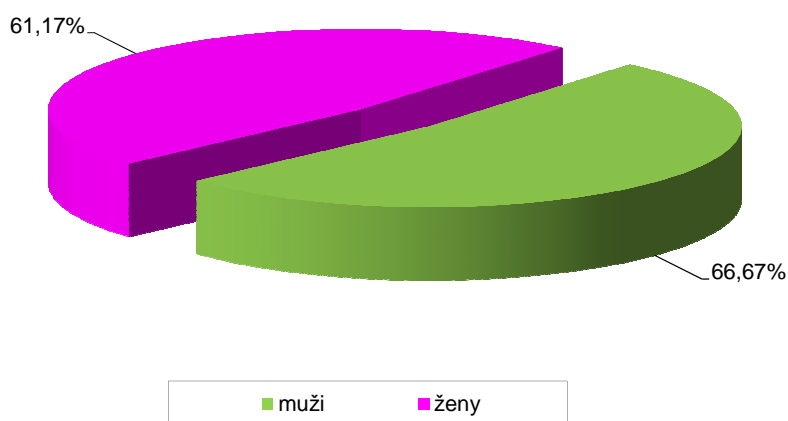
Zdroj: Odpovědi na otázky 2 a15

Výstupem šetření je, že 11 respondentů – mužů (91,60%), z celkového počtu 12, nemá žádný problém s péčí o cizince nebo příslušníky etnické menšiny. Pouze 1 respondent odpověděl, že mu péče činí občas problémy.

Z celkového počtu 93 žen 17 respondentek (18,28%) odpovědělo, že poskytovat péči pacientům jiného etnika jim působí problémy. 4 respondenty na otázku neodpověděly, a další 4 odpověděly, že tato péče jim činí problémy občas

Dále jsem porovnávala pohlaví respondentů a zájem o rozšíření znalostí o multikulturní ošetrovatelství. Zde již výsledek nedopadl tak výrazně ve prospěch mužů. Z celkového počtu 71 respondentů, kteří odpověděli kladně ohledně dalšího vzdělávání, bylo 8 mužů a 63 žen. Výsledky napovídají tomu, že u zkoumaného vzorku mužů je větší nechuť k přijímání teoretických pouček na úkor praktické přípravy. Ani jeden z dotázaných mužů nezvolil možnost získat informace z časopisů nebo odborné literatury. 9 respondentů z celkového počtu 12 vybrali jako nepřijatelnější formu školení v rámci nemocnice v kombinaci s odbornou konferencí. Nutno podotknout, že žádný z mužů, kteří prošli dotazníkovým šetřením, neměl vysokoškolské vzdělání.

**Graf 24: Respondenti, kteří mají zájem se dále vzdělávat
- porovnání podle pohlaví**



Zdroj: Odpovědi na otázky 2 a 10

Otevřením hranic po revoluci se zvedla vlna nejen migrace a přísun cizinců do České republiky, ale i počet turistů navštěvujících tuto zemi. Nutnost zvyšování informovanosti a

hlavně ochoty zdravotníků v tomto ohledu je nepopiratelná a vyplývá i z výsledků tohoto dotazníku.

Každý zdravotník by si měl ale také uvědomit, že i on sám nebo jeho blízcí mohou někdy v budoucnu, při cestě do zahraničí, potřebovat pomoc a ošetření.

10 Diskuze

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo pomocí dotazníkového šetření, zmapovat, připravenost zdravotních sester na stále se zvyšující počet pacientů cizích národností, jiného etnika, nebo náboženského vyznání a to na oddělení ARO a JIP v českých nemocnicích. Protože se multikulturní ošetrovatelství stalo v posledních letech velmi diskutovaným tématem, v rámci celoživotního vzdělávání probíhá řada akcí na různých úrovních. Sama jsem se také zúčastnila mezinárodní konference o multikulturním ošetrovatelství a toto téma mě natolik zaujalo, že jsem se rozhodla zvolit si ho též k vypracování bakalářské práce.

Osobní zkušenost s ošetrováním cizinců na Blízkém východě mi pomohla alespoň částečně zmapovat současný stav multikulturního ošetrovatelství v podmínkách našeho zdravotnictví a vytvořit 2 základní hypotézy. Zajímalo mě také, jaké je všeobecné povědomí a informovanost mezi zdravotníky o multikulturním ošetrovatelství na již zmiňovaných odděleních, dále jejich ochotu se v daném oboru vzdělávat a tyto nabyté vědomosti a zkušenosti posléze uplatnit v praxi.

Na základě svých předpokladů jsem stanovila 2 cíle, ke kterým se vztahují 2 hypotézy. Ve svém prvním cíli jsem zjišťovala, jaká je připravenost sester na větší diverzifikaci pacientů z hlediska kulturní a etnické různorodosti. K tomuto cíli se také vztahuje první hypotéza, kdy se domnívám, že více než 75% sester, pracujících na oddělení akutní péče má zkušenost s ošetrováním pacientů s jiným etnickým nebo kulturním zázemím.

Při hodnocení mnou stanoveného cíle jsem z dotazníkového šetření zjistila, že celkem 105 (91,30%) respondentů z celkového počtu 115, pracujících na oddělení ARO/JIP, se již minimálně jednou setkala s pacienty jiné národnosti nebo etnika. Mnou stanovenou hypotézu tedy výzkum podpořil. Tato odpověď však nikterak nevypovídá například o jazykové připravenosti sester, nebo ochotě ze strany zdravotníků o tyto pacienty pečovat. Z dotazníkového šetření i z vlastní zkušenosti vím, že aktivní znalost alespoň jednoho cizího jazyka je mezi sestrami na velmi nízké úrovni.

Druhým cílem, který jsem si stanovila, bylo zmapovat informovanost sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Zde jsem se hypoteticky domnívala, že více než 50% sester pracujících na oddělení intenzivní péče má zájem se v této oblasti dále vzdělávat a tím kontinuálně prohlubovat své znalosti. V dotazníku jsem tuto otázku přímo položila a při statistickém zpracování jsem zjistila, že 71 (61,73%) respondentů, z celkového počtu 105 odpovědělo na tuto otázku kladně. I druhá hypotéza byla tedy výzkumem podpořena.

Z daného zkoumaného vzorku se mi potvrdilo, že sestry jeví jistý zájem o multikulturní ošetřovatelství, ale jejich konkrétní znalosti jsou velmi chabé, což se mi potvrdilo u otázek vztahujících se na islámské náboženství a ošetřování muslimských pacientů. Moje domněnka, že o otázky multikultury se budou více zajímat sestry s vyšším vzděláním, jazykově vybavené a spadající do mladší věkové skupiny se také potvrdila.

Je též zajímavé, že pojem multikulturní ošetřovatelství může být samotnými respondenty chápán odlišně. Sestry s vyšším a vysokoškolským vzděláním se spíše přiklánějí k teoretickému výkladu pojmu, naopak sestry s více roky praxe pracují s pojmem z čistě praktického hlediska a to především ve vztahu sestra- pacient cizinec.

11 Závěr

Multikulturní ošetrovatelství se v poslední době jeví jako velice dynamický obor, jehož rozvoj jde rychle dopředu. To však vyžaduje od zdravotnického personálu maximální flexibilitu a schopnost rychle se adaptovat. Jak bylo již uvedeno v úvodu této práce, otevřením hranic se markantně zvýšil počet cizinců na našem území. Ať již legálně, tak nelegálně pobývajících v naší zemi. Přímou úměrou stoupá též počet cizinců, kteří vyhledávají pomoc lékaře a následně mohou být dle vážnosti stavu hospitalizováni v nemocnicích.

Tato práce má 2 části, z nichž první je teoretická a dává do souvislostí základní pojmový aparát multikulturního ošetrovatelství, zmiňuje potřebu teoretické připravenosti zdravotníků v intenzivní péči na zvyšující se příliv jiných kultur, rozdílných náboženských vyznání a jednotlivých etnických menšin. Druhá část se skládá z dotazníkového šetření, kterým se snažím zjistit, zda jsme vůbec dostatečně připraveni podávat kvalitní ošetrovatelskou péči v rámci multikulturního ošetrování a především, zda máme zájem se tímto tématem zabývat.

Statistické vyhodnocení dotazníků odhalilo několik zajímavých zjištění a to zejména v oblasti, zda jsme nebo nejsme ochotni se v tomto oboru nadále vzdělávat, abychom mohli poskytovat vysoce odbornou, profesionální a zároveň empaticky pojatou péči, kdy zdravotnický pracovník svým jednáním a chováním vyjadřuje respekt k jinému etniku a bere v úvahu bio-psycho-sociální potřeby každého pacienta.

Systém vzdělávání zdravotních sester se v poslední době značnou částí přesunul na vysoké školy, kde se studenti v rámci výuky setkávají s tématem multikulturního ošetrovatelství, a v průběhu studia je na tento obor kladen velký důraz. Zdravotničtí pracovníci, kteří neměli nebo nemají tuto možnost, by se s multikulturou měli ve svém zájmu alespoň částečně seznámit v rámci celoživotního vzdělávání. Teoretická připravenost zdravotníků patří mezi první a zároveň nejdůležitější krok v přípravě na ošetrování pacientů jiného etnika nebo náboženského vyznání.

Seznam použité literatury

Monografie:

1. DAVIES, M. W.; PIERO. Kulturní antropologie. České vyd. Praha: Portál, 2003. 176 s. ISBN 80-7178-778-7.
2. DOENGES, M. E.; MOORHOUS, M. F.; Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
3. GEISLER, E. M. Cultural Assesment. 2. vyd. St. Louis: Mosby Inc. 1998. 326 s. ISBN 0-8151-3633-1.
4. GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. 392 s. ISBN 80-7226-996-8.
5. HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN: 80-7262-032-0.
6. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
7. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
8. FRIEDLOV., K. Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP. In Ročenka intenzivní medicíny. Praha: Galén, 2003. s. 313 – 316. ISBN 80-7262-227-7.
9. KRIVOHLAVÝ, J. Tajemství úspěšného jednání. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 162 s. ISBN 80-85623-84-6.

10. KRIVOHlavÝ, J. Povídej - naslouchám. 2. vyd. Praha: Návrat, 1997. 135 s. ISBN 80-8549-5-X.
11. KUSCHEL, K. J. Spor o Abrahama: Co židy, křesťany a muslimy rozděluje a co je spojuje. 1 vyd. Praha: Vyšehrad, 1997. 311 s. ISBN 80-7021-197-0.
12. LEININGER, M.; MC FARLAND, M. R. Culture Care Diversity and Universality: Worldwide Nursing Theory. 2. vyd. Sudbury MA: Jones & Bartlett. 2005. 413 s. ISBN 0-7637-3437-3
13. LEININGER, M.; MC FARLAND, M. R. Transcultural Nursing: Concept, Theories, Research and Practice. 3. vyd. New York: Mc Graw-Hill Medical, 2002. 621 s. ISBN 0-0713-5397-6
14. LORENZOvÁ, D., MAREŠ, J., MĚRKA, V. Zdravotní péče o muslimské pacienty. 1. vyd. Hradec Králové: VLA JEP, 1999. 20 s. ISBN 80-85-109-10-7
15. LUSTIG, M. W.; KOESTER, J. Intercultural Competence: Interpersonals Communication Across Cultures. 5. vyd. New York: Allyn & Bacon, 2005. 400 s. ISBN 0-2054-5352-8
16. MARINO, P. L. The ICU Book. 3. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 1 065 s. ISBN 0-7817-4802-5
17. PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-12-3.
18. ŘÍČAN, P. S Romy žít budeme - jde o to jak. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 149 s. ISBN 80-7178-250-5.
19. ŠÍŠKOVÁ, T. Výchova k toleranci a proti rasismu. 2. vyd. Praha: Portál 2008. 280 s. ISBN 80-7367-182-2.

20. TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
21. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN: 80-247-1262-8

Internetové zdroje:

22. Česko. Zákon č. 20 ze dne 30. března 1966 o péči o zdraví lidu. In Sbírka zákonů Československé socialistické republiky. 1966, částka 7, s. 74 – 91. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1966/sb07-66.pdf>>.
23. Česko. Zákon č. 96 ze dne 3. března 2004 o nelékařských zdravotnických povoláních. In Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452 – 1479. Dostupný také z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=cislo_zakona_smlouvy>.
24. HNILICOVÁ, H.; DOBIÁŠOVÁ, K. State of Art Czech Republic. [online]. Ver. 1; Mighealthnet. [cit. 13. 10. 2010]. Dostupné z WWW: http://mighealth.net/cz/index.php/State_of_Art_Czech_Republic_Version_1
25. Charakteristika subkultur [online]. Varianty vzdělávací program člověka v tísni. [cit. 1.2.2007]. Dostupné z WWW: http://www.varianty.cz/cdrom/podkapitoly2/09_subkultury/IKV2_09_02_charakteristika_subkultur.pdf
26. Náboženské zastoupení obyvatel České republiky [online]. Český statistický úřad. [cit. 29. 11. 2007]. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04

27. National Review of Nursing Education, Multicultural Nursing Education.[online]. DEEWR. [cit. 4. 12. 2001]. Dostupný z WWW: <http://www.dest.gov.au/archive/HIGHERED/nursing/pubs/multi_cultural/5.htm>
28. National Scan of CLAS and Disparities Resuction Activities [online]. NCQA Measuring Quality Improving Health Care. [cit. 6. 12. 2010]. Dostupné z WWW: <http://www.ncqa.org/Portals/0/CLAS%20Posters/National%20Scan%20of%20CLAS%20and%20Disparities%20Reduction%20Activities-to%20post.pdf>
29. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Final report. Washington (DC) [online]. Department of Health and Human Services Office of Minority Health. [cit. 2.3.2010]. Dostupné z WWW: <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>
30. Průvodce zdravotní péčí v EU [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 13. 7. 2010]. Dostupné z WWW: http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/pruvodce-zdravotni-pece-v-eu_2009_8.html
31. Zkušenosti zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče cizincům [online]. Migrace online.cz. [cit. 16. 12. 2009]. Dostupné z WWW: <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2210093>
32. Zpráva o situaci národnostních menšin v ČR za rok 2001[online]. Úřad vlády ČR. [cit. 12. 6. 2002]. Dostupné z WWW: <http://www.mezikulturnidialog.cz/res/data/010/001223.pdf>

Časopisy:

33. BOŠKOVÁ, J. Systém ambulantní péče v Saudské Arábii. In SESTRA, 2010, roč. 20, č. 5. s. 24 – 25.
34. FLEIŠMANOVÁ, Š.; CICHÁ, M. Těhotenství a porod - vybrané zvyklosti a rituály. In Diagnóza v ošetrovatelství, 2007, roč. 3, č. 1. s. 30 – 31.
35. KOBLER, L. Specifika ošetrovateľskej péče o cizince. In SESTRA, 2008, roč. 18, č. 10. s. 24
36. KOPECKÁ, E. Česká pomoc v nejchudší části Zambie. In SESTRA, 2010, roč. 20, č. 6. s. 10 – 12.
37. LOUDA, M. Pestrý svět v jemenské nemocnici. In SESTRA, 2010, roč. 20, č. 1. s. 28– 29.
38. MALOCHOVÁ, J.; KRÁTKÁ, A. Žena romské kultury. In Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 9. s. 368 – 371.
39. VRÁNOVÁ, V. Pomoc bez hranic. In MOTOL in - Informační magazín Fakultní nemocnice v Motole, 2010, roč. 2, č. 2. s. 15 – 19.

Seznam tabulek

- Tab. 1: Národnostní složení obyvatel ČR v roce 2001
- Tab. 2: Zastoupení vybraných minoritních skupin na území ČR v roce 2009
- Tab. 3: Náboženské vyznání obyvatelstva České republiky v roce 1991 a 2001
- Tab. 4: Jaký je Váš věk?
- Tab. 5: Jaké je Vaše pohlaví?
- Tab. 6: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Tab. 7: Návratnost dotazníků ze zdravotnických zařízení
- Tab. 8: Kolik let praxe máte na oddělení intenzivní/resuscitační péče?
- Tab. 9: Jaká je Vaše jazyková vybavenost?
- Tab. 10: Měla jste možnost setkat se v rámci Vašeho vzdělání s tématem „Multikulturní ošetrovatelství“?
- Tab. 11: Zúčastnil/la jste se, v rámci celoživotního vzdělávání, konference, semináře či přednášky zaměřené na ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím?
- Tab. 12: Máte zájem se v této oblasti dále vzdělávat?
- Tab. 13: Jakým způsobem byste informace o ošetrování pacientů s odlišným kulturním a etnickým zázemím přijímal/la nejraději?
- Tab. 14: Snažil/la byste se aktivně vyhledat informace o rozdílech v ošetrovatelské péči v případě ošetrování pacienta s odlišným kulturním a etnickým zázemím?
- Tab. 15: Setkal/la jste se na Vašem oddělení s pacientem jiného etnika?
- Tab. 16: S jakými pacienty jiných etnických a náboženských skupin se nejčastěji setkáváte?
- Tab. 17: Působí Vám problémy poskytovat péči pacientům s odlišným kulturním a etnickým zázemím?
- Tab. 18: Souhlasíte s uplatňováním odlišného přístupu v rámci ošetrovatelského procesu k pacientům s odlišným kulturním a etnickým zázemím?
- Tab. 19: Máte možnost využít pro komunikaci s pacienty jiného etnika tlumočníka?
- Tab. 20 : Rozdělení možnosti přístupu ke službám tlumočníka podle jednotlivých nemocnic zahrnutých do výzkumu
- Tab. 21: Víte, jaká je nejrozšířenější náboženská příslušnost pro arabské etnikum?
- Tab. 22: Konzumace jakého druhu masa není přípustná v rámci muslimské víry?

Tab. 23: O pacientku muslimského vyznání může v průběhu hospitalizace pečovat:

Tab. 24: Víte, kolikrát denně se muslim modlí?

Seznam obrázků

Obr. 1: Zobrazení pojmu „multikulturalismus“

Obr. 2: Zobrazení pojmu „transkulturalismus“

Obr. 3: Model cibule

Obr. 4: Ošetrovatelský proces

Obr. 5: Zhodnocení pacienta v ošetrovatelském procesu

Seznam grafů

- Graf 1: Věk respondentů
- Graf 2: Respondenti dle pohlaví
- Graf 3 : Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů
- Graf 4: Délka praxe respondentů
- Graf 5: Jazykové vybavení respondentů
- Graf 6: Zkušenost respondentů s multikulturním ošetrovatelstvím
- Graf 7: Účast respondentů na vzdělávací akci s tematikou multikulturního ošetrovatelství
- Graf 8: Respondenti, kteří se zúčastnili vzdělávací akce s tematikou multikulturního ošetrovatelství – porovnání podle věkových skupin
- Graf 9: Respondenti, kteří se zúčastnili vzdělávací akce s tematikou multikulturního ošetrovatelství – porovnání dle dosaženého vzdělání
- Graf 10: Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství
- Graf 11: Graf 11: Respondenti, kteří se již účastnili některého z nabízených forem vzdělávání a jejich zájem dále prohlubovat svoje znalosti
- Graf 12: Respondenty preferovaná forma vzdělávání
- Graf 13: Aktivní vyhledávání informací respondenty
- Graf 14: Zkušenost respondentů s ošetrováním pacientů jiného etnika/vyznání
- Graf 15: Respondenty nejčastěji ošetrované skupiny pacientů jiného etnika/vyznání
- Graf 16: Nakolik působí respondentům problémy péče o pacienty jiného etnika a kulturního zázemí
- Graf 17: Nakolik respondenti souhlasí s uplatňováním odlišného přístupu v ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím
- Graf 18: Možnost využití překladatele při ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím
- Graf 19: Povědomí respondentů o nejrozšířenější náboženské příslušnosti arabského etnika
- Graf 20: Povědomí respondentů o základech muslimské víry
- přípustná konzumace masa
- Graf 21: Povědomí respondentů o základech muslimské víry
- péče o pacientku muslimského vyznání

Graf 22: Povědomí respondentů o základech muslimské víry

- četnost modliteb

Graf 23: Respondenti, kterým nepůsobí problémy pečovat o pacienty jiného etnika

- porovnání podle pohlaví

Graf 24: Respondenti, kteří mají zájem se dále vzdělávat - porovnání podle pohlaví

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Dotazník
- Příloha č. 2: Průvodní dopis hlavním/vrchním sestrán
- Příloha č. 3: Model vycházejícího slunce M. Leininger
- Příloha č. 4: Listina základních práv Evropské unie
- Příloha č. 5: Práva pacientů (etický kodex)
- Příloha č. 6: Anglická verze Etického kodexu práv pacientů
- Příloha č. 7: Komunikační karty-piktogramy

Příloha č. 1:

Dotazník

Vážená paní, Vážený pane

jmenuji se Petra Česáková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ve studijním programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „**Ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím v intenzivní péči.**“

Dotazník je zcela **anonymní** a slouží **pouze ke studijním účelům**. V dotazníku prosím zaškrtněte u každé otázky **pouze jednu** odpověď, pokud **nebude uvedeno jinak**.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu ke spolupráci.

S pozdravem Petra Česáková

Email: cesakovap@seznam.cz

1) Věk

- a) méně než 19
- b) 20 – 29
- c) 30 – 39
- d) 40 – 49
- e) 50 – 59
- f) 60 a více

2) Pohlaví

- a) žena
- b) muž

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) úplné střední s maturitou
- b) vyšší odborné - DIS
- c) PSS
- d) bakalářské
- e) magisterské
- f) doktorandské

4) V jaké nemocnici nyní pracujete?

5) Kolik let praxe máte na oddělení intenzivní / resuscitační péče?

- a) méně než 1 rok
- b) 1 – 3 roky
- c) 3 – 5 let
- d) 5 – 10 let
- e) Více než 10 let

6) Jakými cizími jazyky jste schopen/schopna se domluvit?

**7) Co si představujete pod pojmem transkulturní/multikulturní ošetrovatelství?
(Prosím vyjádřete vlastními slovy)**

8) Měl/a jste možnost setkat se v rámci Vašeho vzdělání s tématem „Multikulturní ošetrovatelství“?

- a) ano
- b) ne

9) Zúčastnil/a jste se, v rámci celoživotního vzdělávání, konference / semináře / přednášky, zaměřené na ošetrování pacientů / klientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím?

- a) ano
- b) ne

10) Máte zájem se v této oblasti dále vzdělávat?

- a) ano
- b) ne

11) Jakým způsobem byste informace o ošetrování klientů/pacientů s odlišným kulturním a etnickým zázemím přijímala nejraději? (Možno vybrat více odpovědí.)

- a) formou seminářů
- b) účasti na odborné konferenci
- c) školením v rámci Vašeho oddělení / nemocnice
- d) informacemi z časopisů / knih / internetu

12) Snažil/a byste se aktivně vyhledat informace o rozdílech v ošetrovatelské péči v případě ošetrování pacienta/klienta s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

- a) ano
- b) ne

13) Setkal/a jste se na Vašem oddělení s pacientem/klientem jiného etnika?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, pokračujte dále otázkou číslo 14. Pokud ne, prosím přejděte na otázku číslo 16.

14) S jakými pacienty/klienty etnických a náboženských skupin se nejčastěji setkáváte?

- a) Romové
- b) Ukrajinská menšina
- c) Vietnamská menšina
- d) Židé
- e) Muslimové
- f) Křesťané
- g) Jiné (prosím specifikujte) _____

15) Působí Vám problémy poskytovat péči pacientům/klientům s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

16) Souhlasíte s uplatňováním odlišného přístupu v rámci ošetrovatelského procesu k pacientům/klientům s odlišným kulturním a etnickým zázemím?

- a) ano
- b) ne

17) Máte možnost využít pro komunikaci s pacienty/klienty jiného etnika tlumočníka?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18) Víte, jaká je nejrozšířenější náboženská příslušnost pro arabské etnikum?

- a) _____
- b) nevím

19) Víte, jaký druh masa nesmí být muslimy konzumován?

- a) hovězího
- b) vepřového
- c) drůbežího
- d) skopového

20) O pacientku/klientku muslimského vyznání může v průběhu hospitalizace pečovat:

- a) pouze žena
- b) žena nebo muž (na pohlaví nezáleží)
- c) nevím

21) Víte, kolikrát denně se příslušník muslimské víry modlí?

- a) 1
- b) 3
- c) 5
- d) 6

22) Jaká specifika v péči o muslimské pacienty/klienty znáte?

Děkuji Vám za Vaši spolupráci.

Příloha č. 2 Průvodní dopis hlavním/vrchním sestřám

V Praze, 9. 9. 2010

Vážená hlavní sestro / vrchní sestro,

jmenuji se Petra Česáková a jsem studentkou Ústavu zdravotnických studií na Technické universitě v Liberci. V současné době navštěvuji 3. ročník studijního program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra a pro úspěšné ukončení mého studia je, mimo jiné, nutné vypracovat bakalářskou práci.

Téma mé bakalářské práce zní: **„Ošetrování pacientů s odlišným etnickým a kulturním zázemím v intenzivní péči.“** Toto téma jsem si vybrala zejména z důvodu mé osobní pracovní zkušenosti ze zahraničí. Pevně věřím, že mé poznatky a závěry z výzkumu, který provádím v různých nemocnicích České republiky, budou užitečným zdrojem pro jiné studenty nebo i zdravotnické pracovníky, kteří na svých odděleních ošetřují cizince a pacienty rozdílných minoritních a etnických skupin.

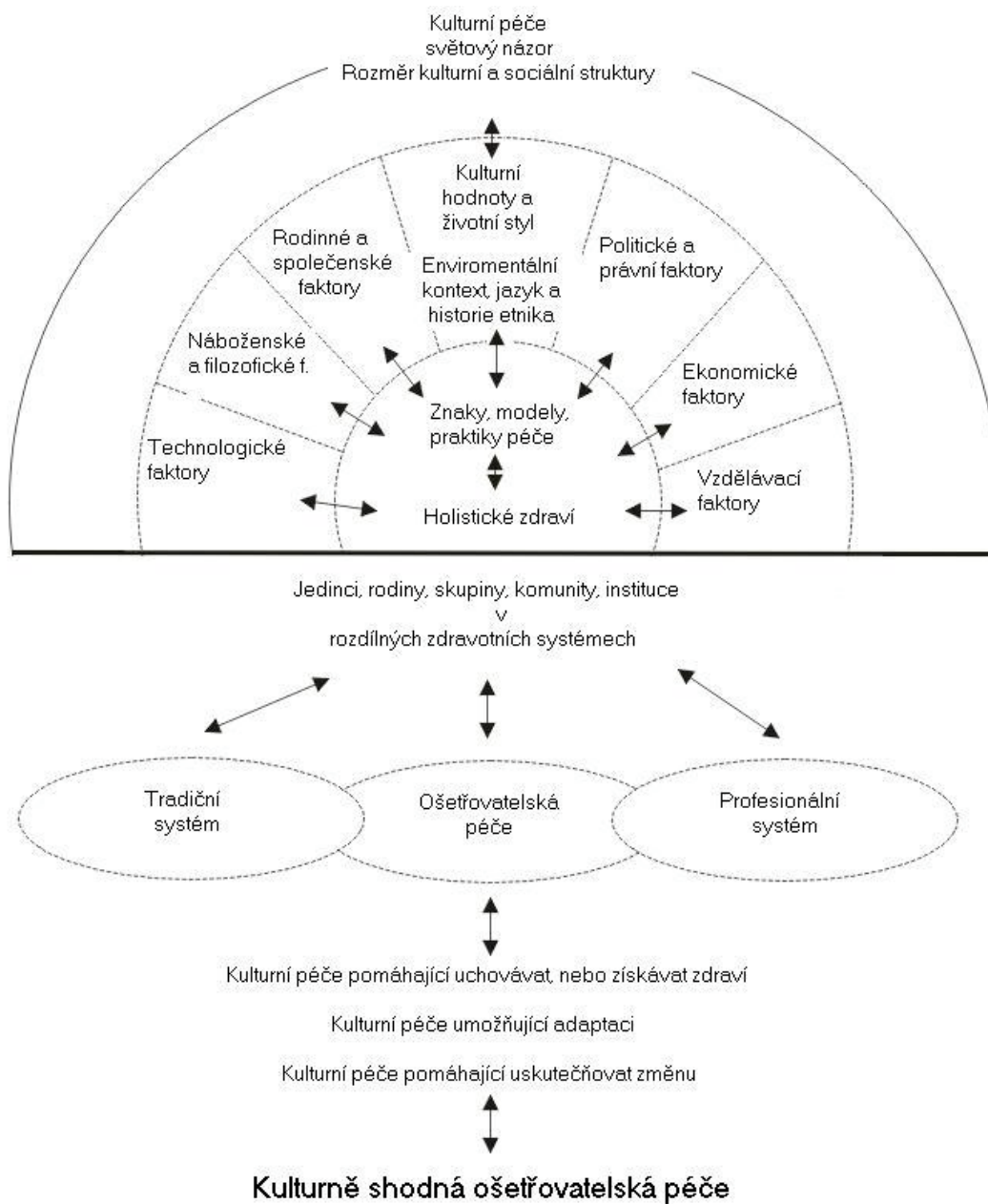
Tímto dopisem Vás chci, co nejlaskavěji, požádat o pomoc při mém výzkumu. V obálce se nachází 10 dotazníků. Prosím Vás o jejich distribuci ve Vaší nemocnici mezi sestry na oddělení ARO / JIP / akutní příjem, jak bylo domluveno během předchozího telefonického rozhovoru s Vámi.

V obálce je též přiložena ofrankovaná obálka s mojí zpáteční adresou. Prosím o laskavé odeslání vyplněných dotazníků zpět k mým rukám.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupáci. S pozdravem a ještě jedním poděkováním

Petra Česáková

Příloha č. 3: Model vycházejícího slunce dle M. Leininger



Příloha č. 4 Listina základních práv Evropské unie

LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV EVROPSKÉ UNIE

(2010/C 83/02)

Evropský parlament, Rada a Komise slavnostně vyhlásují jako Listinu základních práv Evropské unie níže uvedené znění:

LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV EVROPSKÉ UNIE

Preamble

Národy Evropy, vytvářejíce mezi sebou stále těsnější unii, se rozhodly sdílet mírovou budoucnost založenou na společných hodnotách.

Unie, vědoma si svého duchovního a morálního dědictví, se zakládá na nedělitelných a všeobecných hodnotách lidské důstojnosti, svobody, rovnosti a solidarity; spočívá na zásadách demokracie a právního státu. Do středu své činnosti staví jednotlivce tím, že zavádí občanství Unie a vytváří prostor svobody, bezpečnosti a práva.

Unie přispívá k zachování a rozvíjení těchto společných hodnot při současném respektování rozmanitosti kultur a tradic národů Evropy, národní identity členských států a uspořádání jejich veřejné moci na státní, regionální a místní úrovni; usiluje o podporu vyváženého a udržitelného rozvoje a zajišťuje volný pohyb osob, služeb, zboží a kapitálu, jakož i svobodu usazování.

K tomuto účelu je nezbytné posílit ochranu základních práv s ohledem na společenský vývoj, sociální pokrok a vědeckotechnologický rozvoj zřetelnějším vyjádřením těchto práv v podobě listiny.

Při respektování pravomocí a úkolů Unie i zásady subsidiarity potvrzuje tato listina práva, která vyplývají především z ústavních tradic a mezinárodních závazků společných členským státům, z Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, ze sociálních chart přijatých Unií a Radou Evropy a z judikatury Soudního dvora Evropské unie a Evropského soudu pro lidská práva. Tuto listinu budou v této souvislosti soudy Unie a členských států vykládat s náležitým zřetelem na vysvětlení vyhotovená pod vedením prezidia Konventu, jež vypracovalo tuto listinu, a doplněná pod vedením prezidia Evropského konventu.

Uplatňování těchto práv s sebou nese odpovědnost a povinnosti, jak ve vztahu k druhým, tak ve vztahu k lidskému společenství a budoucím generacím.

V důsledku toho uznává Unie práva, svobody a zásady, které jsou vyhlášeny níže.

HLAVA I

DŮSTOJNOST

Článek 1

Lidská důstojnost

Lidská důstojnost je nedotknutelná. Musí být respektována a chráněna.

Článek 2

Právo na život

1. Každý má právo na život.
2. Nikdo nesmí být odsouzen k trestu smrti ani popraven.

Článek 3

Právo na nedotknutelnost lidské osobnosti

1. Každý má právo na to, aby byla respektována jeho fyzická a duševní nedotknutelnost.
2. V lékařství a biologii se musí dodržovat zejména:
 - a) svobodný a informovaný souhlas dotčené osoby poskytnutý zákonem stanoveným způsobem;
 - b) zákaz eugenických praktik, zejména těch, jejichž cílem je výběr lidských jedinců;
 - c) zákaz využívat lidské tělo a jeho části jako takové jako zdroj finančního prospěchu;
 - d) zákaz reprodukčního klonování lidských bytostí.

Článek 4

Zákaz mučení a nelidského či ponižujícího zacházení anebo trestu

Nikdo nesmí být mučen ani podroben nelidskému či ponižujícímu zacházení anebo trestu.

Článek 5

Zákaz otroctví a nucené práce

1. Nikdo nesmí být držen v otroctví nebo nevolnictví.
2. Od nikoho se nesmí vyžadovat, aby vykonával nucené nebo povinné práce.
3. Obchod s lidmi je zakázán.

HLAVA II

SVOBODY

Článek 6

Právo na svobodu a bezpečnost

Každý má právo na svobodu a osobní bezpečnost.

Článek 7

Respektování soukromého a rodinného života

Každý má právo na respektování svého soukromého a rodinného života, obydlí a komunikace.

Článek 8

Ochrana osobních údajů

1. Každý má právo na ochranu osobních údajů, které se ho týkají.
2. Tyto údaje musí být zpracovány korektně, k přesně stanoveným účelům a na základě souhlasu dotčené osoby nebo na základě jiného oprávněného důvodu stanoveného zákonem. Každý má právo na přístup k údajům, které o něm byly shromážděny, a má právo na jejich opravu.
3. Na dodržování těchto pravidel dohlíží nezávislý orgán.

Článek 9

Právo uzavřít manželství a právo založit rodinu

Právo uzavřít manželství a založit rodinu je zaručeno v souladu s vnitrostátními zákony, které upravují výkon těchto práv.

Článek 10

Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání

1. Každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání. Toto právo zahrnuje svobodu změnit své náboženské vyznání nebo přesvědčení, jakož i svobodu projevovat své náboženské vyznání nebo přesvědčení sám nebo společně s jinými, ať veřejně nebo soukromě, bohoslužbou, vyučováním, prováděním úkonů a zachováváním obřadů.
2. Právo odmítnout vykonávat vojenskou službu z důvodu svědomí se uznává v souladu s vnitrostátními zákony, které upravují výkon tohoto práva.

Článek 11

Svoboda projevu a informací

1. Každý má právo na svobodu projevu. Toto právo zahrnuje svobodu zastávat názory a přijímat a rozšiřovat informace nebo myšlenky bez zasahování veřejné moci a bez ohledu na hranice.
2. Svoboda a pluralita sdělovacích prostředků musí být respektována.

Článek 12

Svoboda shromažďování a sdružování

1. Každý má právo na svobodu pokojného shromažďování a na svobodu sdružovat se s jinými na všech úrovních, zejména pokud jde o záležitosti politické, odborové či občanské, což zahrnuje právo každého zakládat na ochranu svých zájmů odbory a vstupovat do nich.
2. Politické strany na úrovni Unie přispívají k vyjadřování politické vůle občanů Unie.

Článek 13

Svoboda umění a věd

Umělecká tvorba a vědecké bádání nesmějí být omezovány. Akademická svoboda musí být respektována.

Článek 14

Právo na vzdělání

1. Každý má právo na vzdělání a přístup k odbornému a dalšímu vzdělávání.
2. Toto právo zahrnuje možnost bezplatné povinné školní docházky.
3. Svoboda zakládat vzdělávací zařízení při náležitém respektování demokratických zásad a právo rodičů zajišťovat vzdělání a výchovu svých dětí ve shodě s jejich náboženským, filozofickým a pedagogickým přesvědčením musí být respektovány v souladu s vnitrostátními zákony, které upravují jejich výkon.

Článek 15

Právo svobodné volby povolání a právo pracovat

1. Každý má právo pracovat a vykonávat svobodně zvolené nebo přijaté povolání.
2. Každý občan Unie může svobodně hledat zaměstnání, pracovat, usadit se nebo poskytovat služby v kterémkoli členském státě.
3. Státní příslušníci třetích zemí, kteří jsou oprávněni pracovat na území členských států, mají nárok na stejné pracovní podmínky jako občané Unie.

Článek 16

Svoboda podnikání

Svoboda podnikání se uznává v souladu s právem Unie a vnitrostátními zákony a zvyklostmi.

Článek 17

Právo na vlastnictví

1. Každý má právo vlastnit zákonně nabytý majetek, užívat jej, nakládat s ním a odkazovat jej. Nikdo nesmí být zbaven svého majetku s výjimkou veřejného zájmu, v případech a za podmíněk, které stanoví zákon, a při poskytnutí spravedlivé náhrady v přiměřené lhůtě. Užívání majetku může rovněž být upraveno zákonem v míře nezbytné z hlediska obecného zájmu.

2. Duševní vlastnictví je chráněno.

Článek 18

Právo na azyl

Právo na azyl je zaručeno při dodržování Ženevské úmluvy o právním postavení uprchlíků ze dne 28. července 1951 a Protokolu týkajícího se právního postavení uprchlíků ze dne 31. ledna 1967 a v souladu se Smlouvou o Evropské unii a Smlouvou o fungování Evropské unie (dále jen „Smlouvy“).

Článek 19

Ochrana v případě vystěhování, vyhoštění nebo vydání

1. Hromadné vyhoštění je zakázáno.

2. Nikdo nesmí být vystěhován, vyhoštěn ani vydán do státu, v němž mu hrozí vážné nebezpečí, že by mohl být vystaven trestu smrti, mučení nebo jinému nelidskému či ponižujícímu zacházení anebo trestu.

HLAVA III

ROVNOST

Článek 20

Rovnost před zákonem

Před zákonem jsou si všichni rovni.

Článek 21

Zákaz diskriminace

1. Zakazuje se jakákoli diskriminace založená zejména na pohlaví, rase, barvě pleti, etnickém nebo sociálním původu, genetických rysech, jazyku, náboženském vyznání nebo přesvědčení, politických názorech či jakýchkoli jiných názorech, příslušnosti k národnostní menšině, majetku, narození, zdravotním postižení, věku nebo sexuální orientaci.

2. V oblasti působnosti Smluv, a aniž jsou dotčena jejich zvláštní ustanovení, se zakazuje jakákoli diskriminace na základě státní příslušnosti.

Článek 22

Kulturní, náboženská a jazyková rozmanitost

Unie respektuje kulturní, náboženskou a jazykovou rozmanitost.

Článek 23

Rovnost žen a mužů

Rovnost žen a mužů musí být zajištěna ve všech oblastech včetně zaměstnání, práce a odměny za práci.

Zásada rovnosti nebrání zachování nebo přijetí opatření poskytujících zvláštní výhody ve prospěch nedostatečně zastoupeného pohlaví.

Článek 24

Práva dítěte

1. Děti mají právo na ochranu a péči nezbytnou pro jejich blaho. Mohou svobodně vyjadřovat své názory. V záležitostech, které se jich dotýkají, se k těmto názorům musí přihlížet s ohledem na jejich věk a vyspělost.

2. Při všech činnostech týkajících se dětí, ať už uskutečňovaných veřejnými orgány nebo soukromými institucemi, musí být prvořadým hlediskem nejvlastnější zájem dítěte.

3. Každé dítě má právo udržovat pravidelné osobní vztahy a přímý styk s oběma rodiči, ledaže by to bylo v rozporu s jeho zájmy.

Článek 25

Práva starších osob

Unie uznává a respektuje práva starších osob na to, aby vedly důstojný a nezávislý život a podílely se na společenském a kulturním životě.

Článek 26

Začlenění osob se zdravotním postižením

Unie uznává a respektuje právo osob se zdravotním postižením na opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti.

HLAVA IV

SOLIDARITA

Článek 27

Právo pracovníka na informování a na projednávání v podniku

Pracovníci nebo jejich zástupci musí mít na vhodných úrovních zaručeno právo na včasné informování a projednávání v případech a za podmínek, které stanoví právo Unie a vnitrostátní právní předpisy a zvyklosti.

Článek 28

Právo na kolektivní vyjednávání a akce

Pracovníci a zaměstnavatelé či jejich příslušné organizace mají v souladu s právem Unie a vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi právo sjednávat a uzavírat na vhodných úrovních kolektivní smlouvy a v případě konfliktu zájmů vést kolektivní akce na obranu svých zájmů, včetně stávek.

Článek 29

Právo na přístup ke službám zaměstnanosti

Každý má právo na bezplatné služby zaměstnanosti.

Článek 30

Ochrana v případě neoprávněného propuštění

Každý pracovník má v souladu s právem Unie a s vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi právo na ochranu před neoprávněným propuštěním.

Článek 31

Slušné a spravedlivé pracovní podmínky

1. Každý pracovník má právo na pracovní podmínky respektující jeho zdraví, bezpečnost a důstojnost.
2. Každý pracovník má právo na stanovení maximální přípustné pracovní doby, na denní a týdenní odpočinek a na každoroční placenou dovolenou.

Článek 32

Zákaz dětské práce a ochrana mladých lidí při práci

Dětská práce se zakazuje. Minimální věk pro přijetí do zaměstnání nesmí být nižší než věk pro ukončení povinné školní docházky, aniž jsou dotčena pravidla, která jsou příznivější pro mladé lidi, a omezené výjimky.

Mladí lidé přijatí do práce musí práci vykonávat za podmínek odpovídajících jejich věku a být chráněni před hospodářským vykořisťováním a před jakoukoli prací, která by mohla ohrozit jejich bezpečnost, zdraví nebo tělesný, duševní, mravní nebo sociální rozvoj nebo narušit jejich vzdělávání.

Článek 33

Rodinný a pracovní život

1. Rodina požívá právní, hospodářské a sociální ochrany.
2. V zájmu zachování souladu mezi rodinným a pracovním životem má každý právo na ochranu před propuštěním z důvodu spojeného s mateřstvím a právo na placenou mateřskou dovolenou a na rodičovskou dovolenou po narození nebo osvojení dítěte.

Článek 34

Sociální zabezpečení a sociální pomoc

1. Unie uznává a respektuje nárok na přístup k dávkám sociálního zabezpečení a k sociálním službám zajišťujícím ochranu v takových případech, jako je mateřství, nemoc, pracovní úrazy, závislost nebo stáří, jakož i v případě ztráty zaměstnání, podle pravidel stanovených právem Unie a vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi.
2. Každý, kdo oprávněně pobývá a pohybuje se uvnitř Evropské unie, má nárok na dávky sociálního zabezpečení a na sociální výhody v souladu s právem Unie a vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi.
3. Za účelem boje proti sociálnímu vyloučení a chudobě Unie uznává a respektuje právo na sociální pomoc a pomoc v oblasti bydlení, jejichž cílem je zajistit, v souladu s pravidly stanovenými právem Unie a vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi, důstojnou existenci pro všechny, kdo nemají dostatečné prostředky.

Článek 35

Ochrana zdraví

Každý má právo na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi. Při vymezování a provádění všech politik a činností Unie je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví.

Článek 36

Přístup ke službám obecného hospodářského zájmu

Unie v souladu se Smlouvami a s cílem podpořit sociální a územní soudržnost Unie uznává a respektuje přístup ke službám obecného hospodářského zájmu tak, jak je stanoven vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi.

Článek 37

Ochrana životního prostředí

Vysoká úroveň ochrany životního prostředí a zvyšování jeho kvality musí být začleněny do politik Unie a zajištěny v souladu se zásadou udržitelného rozvoje.

Článek 38

Ochrana spotřebitele

V politikách Unie je zajištěna vysoká úroveň ochrany spotřebitele.

HLAVA V

OBČANSKÁ PRÁVA

Článek 39

Právo volit a být volen ve volbách do Evropského parlamentu

1. Každý občan Unie má právo volit a být volen ve volbách do Evropského parlamentu v členském státě, v němž má bydliště, za stejných podmínek jako státní příslušníci tohoto státu.
2. Členové Evropského parlamentu jsou voleni v přímých a všeobecných volbách svobodným a tajným hlasováním.

Článek 40

Právo volit a být volen v obecních volbách

Každý občan Unie má právo volit a být volen v obecních volbách v členském státě, v němž má bydliště, za stejných podmínek jako státní příslušníci tohoto státu.

Článek 41

Právo na řádnou správu

1. Každý má právo na to, aby jeho záležitosti byly orgány, institucemi a jinými subjekty Unie řešeny nestranně, spravedlivě a v přiměřené lhůtě.

2. Toto právo zahrnuje především:

- a) právo každého být vyslechnut před přijetím jemu určeného individuálního opatření, které by se jej mohlo nepříznivě dotknout;
- b) právo každého na přístup ke spisu, který se jej týká, při respektování oprávněných zájmů důvěrnosti a profesního a obchodního tajemství;
- c) povinnost správních orgánů odůvodňovat svá rozhodnutí.

3. Každý má právo na to, aby mu Unie v souladu s obecnými zásadami společnými právním řádům členských států nahradila škodu způsobenou jejími orgány nebo jejími zaměstnanci při výkonu jejich funkce.

4. Každý se může písemně obracet na orgány Unie v jednom z jazyků Smluv a musí obdržet odpověď ve stejném jazyce.

Článek 42

Právo na přístup k dokumentům

Každý občan Unie a každá fyzická osoba s bydlištěm nebo právnická osoba se sídlem v členském státě má právo na přístup k dokumentům orgánů, institucí a jiných subjektů Unie bez ohledu na použitý nosič.

Článek 43

Evropský veřejný ochránce práv

Každý občan Unie a každá fyzická osoba s bydlištěm nebo právnická osoba se sídlem v členském státě má právo obracet se na evropského veřejného ochránce práv v případě nesprávného úředního postupu orgánů, institucí nebo jiných subjektů Unie, s výjimkou Soudního dvora Evropské unie při výkonu jeho soudních pravomocí.

Článek 44

Petiční právo

Každý občan Unie a každá fyzická osoba s bydlištěm nebo právnická osoba se sídlem v členském státě má petiční právo k Evropskému parlamentu.

Článek 45

Volný pohyb a pobyt

- 1. Každý občan Unie má právo volně se pohybovat a pobývat na území členských států.
- 2. Volný pohyb a pobyt může být v souladu se Smlouvami přiznán státním příslušníkům třetích zemí oprávněně pobývajícím na území členského státu.

Článek 46

Diplomatická a konzulární ochrana

Každý občan Unie má na území třetí země, kde členský stát, jehož je státním příslušníkem, nemá své zastoupení, právo na diplomatickou a konzulární ochranu kterýmkoli členským státem za stejných podmínek jako státní příslušníci tohoto státu.

HLAVA VI

SOUDNICTVÍ

Článek 47

Právo na účinnou právní ochranu a spravedlivý proces

Každý, jehož práva a svobody zaručené právem Unie byly porušeny, má za podmínek stanovených tímto článkem právo na účinné prostředky nápravy před soudem.

Každý má právo, aby jeho věc byla spravedlivě, veřejně a v přiměřené lhůtě projednána nezávislým a nestranným soudem, předem zřízeným zákonem. Každému musí být umožněno poradit se, být obhajován a být zastupován.

Bezplatná právní pomoc je poskytnuta všem, kdo nemají dostatečné prostředky, pokud je to nezbytné k zajištění účinného přístupu ke spravedlnosti.

Článek 48

Presumpce neviny a právo na obhajobu

1. Každý obviněný se považuje za nevinného, dokud jeho vina nebyla prokázána zákonným způsobem.
2. Každému obviněnému je zaručeno respektování práv na obhajobu.

Článek 49

Zásady zákonnosti a přiměřenosti trestných činů a trestů

1. Nikdo nesmí být odsouzen za jednání nebo opomenutí, které v době, kdy bylo spácháno, nebylo podle vnitrostátního nebo mezinárodního práva trestným činem. Rovněž nesmí být uložen trest přísnější, než jaký bylo možno uložit v době spáchání trestného činu. Pokud poté, co již byl trestný čin spáchán, stanoví zákon mírnější trest, uloží se tento mírnější trest.
2. Tento článek nebrání souzení a potrestání za jednání nebo opomenutí, které v době, kdy bylo spácháno, bylo trestné podle obecných zásad uznávaných mezinárodním společenstvím.
3. Výše trestu nesmí být nepřiměřená trestnému činu.

Článek 50

Právo nebýt dvakrát trestně stíhán nebo trestán za stejný trestný čin

Nikdo nesmí být stíhán nebo potrestán v trestním řízení za čin, za který již byl v Unii osvobozen nebo odsouzen konečným trestním rozsudkem podle zákona.

HLAVA VII

OBECNÁ USTANOVENÍ UPRAVUJÍCÍ VÝKLAD A POUŽITÍ LISTINY

Článek 51

Oblast použití

1. Ustanovení této listiny jsou při dodržení zásady subsidiarity určena orgánům, institucím a jiným subjektům Unie, a dále členským státům, výhradně pokud uplatňují právo Unie. Respektují proto práva, dodržují zásady a podporují jejich uplatňování v souladu se svými pravomocemi, při zachování mezi pravomocí, které jsou Unii svěřeny ve Smlouvách.

2. Tato listina nerozšiřuje oblast působnosti práva Unie nad rámec pravomocí Unie, ani nevytváří žádnou novou pravomoc či úkol pro Unii, ani nemění pravomoc a úkoly stanovené ve Smlouvách.

Článek 52

Rozsah a výklad práv a zásad

1. Každé omezení výkonu práv a svobod uznaných touto listinou musí být stanoveno zákonem a respektovat podstatu těchto práv a svobod. Při dodržení zásady proporcionality mohou být omezení zavedena pouze tehdy, pokud jsou nezbytná a pokud skutečně odpovídají cílům obecného zájmu, které uznává Unie, nebo potřebě ochrany práv a svobod druhého.

2. Práva uznaná touto listinou, jež jsou podrobněji upravena ve Smlouvách, jsou vykonávána za podmínek a v mezích v nich stanovených.

3. Pokud tato listina obsahuje práva odpovídající právům zaručeným Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, jsou smysl a rozsah těchto práv stejné jako ty, které jim přikládá uvedená úmluva. Toto ustanovení nebrání tomu, aby právo Unie poskytovalo širší ochranu.

4. Pokud tato listina uznává základní práva, která vyplývají z ústavních tradic společných členským státům, musí být tato práva vykládána v souladu s těmito tradicemi.

5. Ustanovení této listiny, která obsahují zásady, mohou být prováděna legislativními a exekutivními akty přijímanými orgány, institucemi a jinými subjekty Unie a akty členských států, provádějí-li právo Unie, při výkonu jejich pravomocí. Před soudem se jich lze dovolávat pouze pro účely výkladu a kontroly zákonnosti těchto aktů.

6. K vnitrostátním právním předpisům a zvyklostem musí být plně přihlíženo tak, jak je stanoveno v této listině.

7. Soudy Unie a členských států náležitě přihlížejí k vysvětlením vypracovaným jako pomůcka pro výklad této listiny.

Článek 53

Úroveň ochrany

Žádné ustanovení této listiny nesmí být vykládáno jako omezení nebo narušení lidských práv a základních svobod, které v oblasti své působnosti uznávají právo Unie, mezinárodní právo a mezinárodní smlouvy, jejichž stranou je Unie nebo všechny členské státy, včetně Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, a ústavy členských států.

Článek 54

Zákaz zneužití práv

Žádné ustanovení této listiny nesmí být vykládáno tak, jako by dávalo jakékoli právo vyvíjet činnost nebo dopustit se činu zaměřeného na zmaření kteréhokoli z práv a svobod uznaných v této listině nebo na jejich omezení ve větším rozsahu, než tato listina stanoví.

o

o o

Výše uvedený text přebírá, s některými úpravami, listinu vyhlášenou dne 7. prosince 2000 a nahrazuje ji s účinkem ode dne vstupu Lisabonské smlouvy v platnost.

Příloha č. 5: Práva pacientů (etický kodex)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem nemocnice, jako i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení na zdraví má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s dalším postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu ale musí být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou důvěrnou věcí a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné i v případě počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, kdy mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou, má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou

mu k dispozici. Po propuštění z nemocnice má právo očekávat, že jej bude lékař informovat o tom, jak bude o něj dále pečováno.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platnými předpisy instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční rád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod: v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů: tento byl prohlášen za platný 25. 2. 1992

Příloha č. 6: Anglická verze Etického kodexu práv pacientů

(poskytuje pacientům Ústřední Vojenská Nemocnice v Praze)

Codex of patient's rights in Central Military Hospital Prague

1. The patient is entitled to be provided with professional health care by qualified personnel of the hospital. In case some activities are performed by trainees, the patient is entitled to be aware of this fact and, alternatively, not to agree with this procedure.
2. The patient with an appointment for ambulant examination or treatment is entitled to be treated in the respective time or time period they were booked for. In case there are some unexpected circumstances that disable the time keeping, the patient is entitled to be notified of the expected waiting time or, alternatively, to be given a substitute appointment for the respective treatment.
3. The patient is entitled to be acquainted with all medical proceedings – the proceeding is not performed if the patient disagrees with it. This does not pertain to the situation an action has to be taken to save life or health of the patient and the patient is unable to give their consent because of their state of health.
4. The patient is entitled to know the names of all persons contributing to the medical treatment. Presence of persons that do not contribute to the medical treatment (students and trainees) has to be previously agreed by the patient. A contingent disapproval of those persons' presence does not substantiate refused medical treatment by this patient.
5. At the patient's request, in case there is no disturbance for the performance or an epidemiologic or other safety risk the patient has the right to have their relative or person akin to them while treated.
6. The patient has the right to privacy by all performed medical operations.
7. The patient has the right to be protected against confusion of medicaments or any medical operations – all hospital employees are obliged to verify the patient's identity prior medicine administration or prior medical operations.
8. The patient is entitled to be protected against hospital infections – all hospital staff has to have washed or disinfected hands before starting any manipulation with the patient.
9. The patient is entitled to get diagnosis in time as well as treatment of any pain.
10. The patient is entitled to be treated in the way to respect their cultural differences, customs and spiritual needs while treated or while dealing with their relatives or close persons.
11. The patient (if need be also their relatives), is entitled to be notified of the plan to be moved to another ward, another hospital or medical institution.
12. The patient is entitled to anticipate a reasonable continuous treatment.
13. The patient or the patient's relatives or persons akin to them have the right to express their discontent with the treatment in writing or verbally (personally or by a phone call) means the Oddělení řízení kvality péče ÚVN – budova F ředitelství (Department of medical treatment quality in ÚVN – building F management), 1st floor, room No. 114, 115,

phone: 973 202 872 , 973 202 872, 973 208 313, 973 208 313, 973 202 811, 973 202 811 .

14. The patient has the right to be provided with spiritual services and rituals when there are no restraints for the hospital operation or care for other patients caused by that.
15. The patient without knowledge of the Czech language is entitled to be provided with an interpreter at the expense of the patient. The patient with reduced communication skills due to their disability or incapacity is entitled to be provided with satisfactory help of the hospital staff (methodical instruction No. 9/2006).
16. The patient is entitled to be notified in advance in case the medical treatment they are going to be provided with or the prescribed medicine are subject of a direct payment.

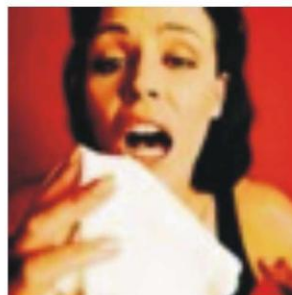
Multilingual Patients' rights

Last Updated on Monday, 31 January 2011

Příloha č. 7: Komunikační karty-piktogramy



-  aktivita
-  activity
-  der Aktivität
-  активность
-  aktywność
-  sự hoạt động sự tích cực
-  طاشن،



-  alergie
-  allergy
-  die Allergie
-  аллергия
-  alergia
-  dị ứng
-  ،ةيس اس ح



-  alkohol
-  alcohol
-  der Alkohol
-  алкоголь
-  alkohol
-  rượu
-  ،لوحك



-  ano
-  yes
-  ja
-  да
-  tak
-  vâng
-  ،م عن



-  bolest
-  pain
-  das Schmerz
-  боль
-  boleść
-  đau
-  ألم،



-  brýle
-  spectacle
-  die Brille
-  очки
-  okulary
-  kính đeo
-  نظارة،



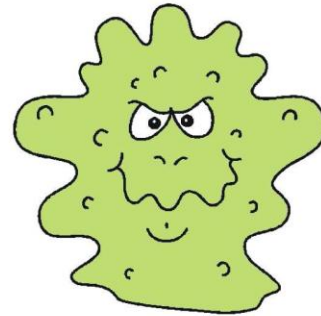
-  dělník
-  worker
-  der Arbeiter
-  рабочий
-  robotnik
-  công nhân
-  عامل،



-  doklady
-  identity papers
-  die Dokumente
-  документы
-  dokumenty
-  giấy tờ
-  أوراق،



-  hlad
-  hunger
-  der Hunger
-  голод
-  głód
-  đói
-  عوج،



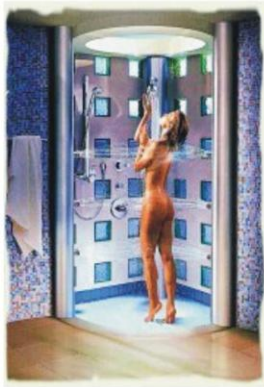
-  hlen
-  expectoration
-  der Schleim
-  мокрота
-  śluz
-  đờm
-  طاخم،



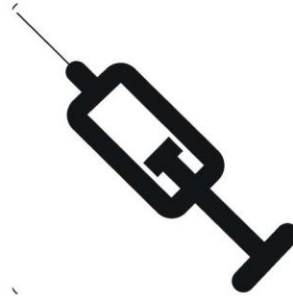
-  horko
-  hot
-  heiss
-  жарко
-  goraęco
-  nóng bức
-  قراح،



-  hořký čaj
-  tea bitter
-  bitter Tee
-  чай горький
-  gorzka herbata
-  chè đắng
-  قاذملا رم ياش،










-  **hygiena**
-  **hygiene**
-  **die Hygiene**
-  **гигиена**
-  **higiena**
-  **vệ sinh**
-  **،ةحصل اظفح**



-  **injekce**
-  **injection**
-  **die Injektionen**
-  **инъекция**
-  **zastrzyki**
-  **tiêm**
-  **،نقح**



-  **jak**
-  **how**
-  **wie**
-  **как**
-  **jak**
-  **như thế nào.**
-  **ففيك.**



-  **jídelna**
-  **dining room**
-  **das Speisesaal**
-  **столовая**
-  **jadalnia**
-  **nhà ăn**
-  **،ماعط قرچح**



 jídlo
 meal
 die Speise
 пища
 jedzenie
 thức ăn
 ،مأكل



 kakao
 cocoa
 der Kakao
 какао
 kakao
 ca-cao
 ،وأكاك



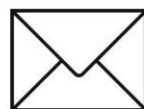
 káva
 coffee
 das Kaffe
 кофе
 kawa
 cà phê
 ،توق










 kde
 where
 wo
 где
 gdzie
 ở đâu
 ،نأ



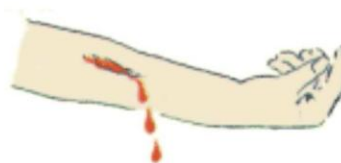
-  kdy
-  when
-  wann
-  когда
-  kiedy
-  khi nào
-  ،متى



-  kontakt na blízkou osobu
-  contact to near person
-  der kontakt ein naher
-  контакт на близкое лицо
-  bliska osoba, z ktora, należy się zkontaktować
-  liên lạc với người thân
-  ،ض يرم لل ص اخش ال ا برق أن وفلت وأن اون ع



-  koupelna
-  bathroom
-  das Bad
-  ванная
-  łazienka
-  buồng tắm
-  ،ل است غا قرح ح



-  krev
-  blood
-  das Blut
-  кровь
-  krew
-  máu
-  ،دم



-  lehnout
-  lie down
-  legen sich
-  садиться
-  położyć się
-  nằm xuống
-  ،دأمت



-  lékař
-  a doctor
-  der Arzt
-  врач
-  lekarz
-  bác sĩ
-  ،بيط



-  léky
-  medicaments
-  die Medikamenten
-  лекарства
-  lekarstva
-  thuốc
-  ،ةيودأ



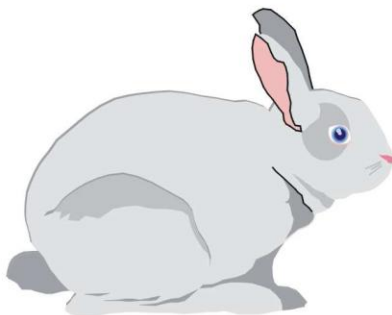
-  maso
-  meat
-  das Fleisch
-  мясо
-  mięso
-  thịt
-  ،محل



-  maso hovězí
-  beef
-  das Rindfleisch
-  говядина
-  wołowy
-  thịt bò
-  رقب م حل،



-  maso jehněčí
-  lamb
-  das Lammfleisch
-  ягнячье мясо
-  jagnię
-  thịt cừu
-  فخورخ م حل،



-  maso králičí
-  rabbit
-  das Kannichenfleisch
-  кроличье мясо
-  mięso z królika
-  thịt thỏ
-  بنرأ م حل،



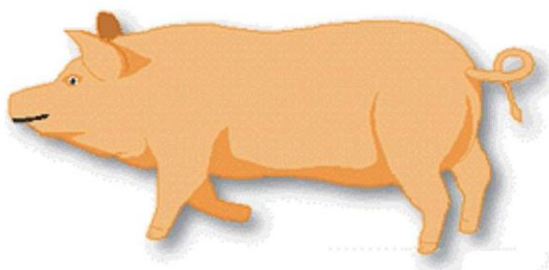
-  maso kuřecí
-  chicken
-  das Huhnfleisch
-  цыплячье мясо
-  kurcze,
-  thịt gà
-  جاج م حل،



-  maso mleté
-  mincemeat
-  das gemahler Fleisch
-  мясной фарш
-  mięso mielone
-  thịt băm
-  نوحظم م حل



-  maso rybí
-  fish
-  das Fischfleisch
-  рыбье мясо
-  rybi
-  thịt cá
-  كدمس م حل



-  maso vepřové
-  pork
-  das Schweinefleisch
-  свинина
-  wieprzowe
-  thịt lợn
-  ريزنخ م حل



-  mléko
-  milk
-  der Milch
-  молоко
-  mleko
-  sữa
-  بيل ح



 moč
 urine
 der Harn
 урина
 mocz
 nước tiểu
 ،لوب



 muslimská víra
 Muslim faith (Islamism)
 Moslemisch
 мусульманская
 muzułmanie
 thuộc về đạo hồi
 ،ةيمالسإ



 ne
 no
 nein
 нет
 nie
 không
 ،ال



 nechodit
 don't walk
 nicht gehen
 не ходить
 niechodzić
 không đi
 ،يشمل امدع



 nejíst
 don't eat
 nicht essen
 не кушать
 niejedzenie
 không ăn
 ،لأكل امدع



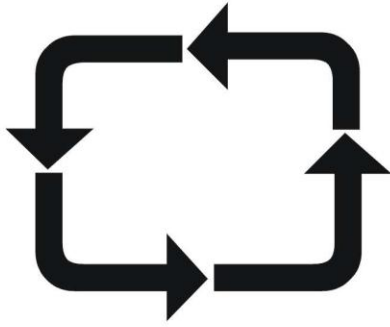
 nekouřit
 don't smoke
 nicht rauchen
 не курить
 nepalić
 không hút thuốc lá
 ،ن يخذتل امدع



 nepít
 don't drink
 nicht trinken
 не пить
 napić
 không uống
 ،برشلا امدع



 nepravidelná
 irregular
 unregelmäßig
 нерегулярная
 nieregularny
 không thường xuyên
 ،قلص اوتم ري غ



-  neustále
-  constantly
-  ständig
-  постоянно
-  neustanne
-  luôn luôn
-  ،عاطقنا الـب



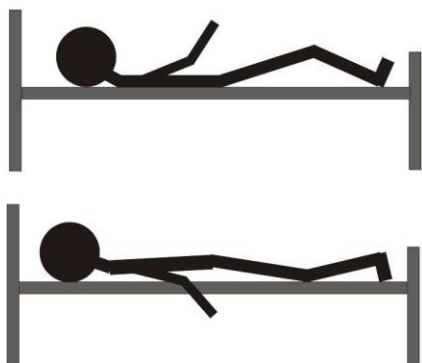
-  noční stolek
-  bedside
-  nächtlich Tisch
-  тумбочка
-  stolik nocny
-  tủ đầu giường
-  ،ريرس قلوواط



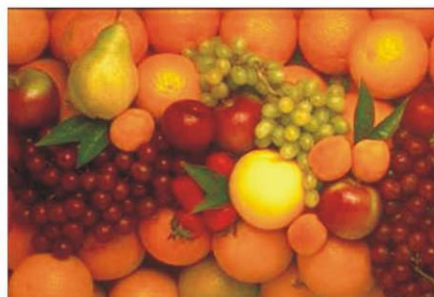
-  odběr
-  collection
-  die Blutentnahme
-  взятие
-  odbiór
-  sự lấy đi
-  ،ذخأ



-  operace
-  operation
-  die Operation
-  операция
-  operacija
-  mổ
-  ،ةيـح ارج ةيلـمـع



-  otočit se
-  turn
-  umdrehen sich
-  повернуться
-  obrócić się,
-  quay lại
-  ،لوح راد



-  ovoce
-  fruit
-  das Obst
-  фрукты
-  owoc
-  hoa quả
-  ،مك اوف



-  pokoj
-  patient's room
-  das Zimmer
-  палата
-  pokój
-  phòng
-  ،قرج ح



-  postel
-  bed
-  das Bett
-  койка
-  łozko
-  giường
-  ،ري رس



-  pravidelná
-  regular
-  regelmäßig
-  регулярная
-  regularny
-  thường xuyên
-  ،قلص اوتم



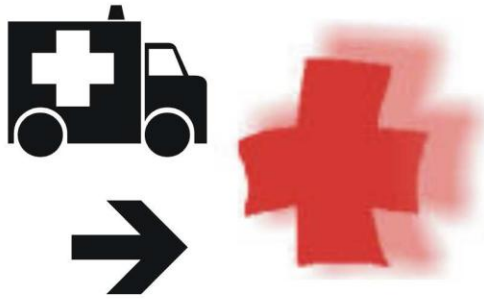
-  propuštění
-  Discharge
-  die Entlassung
-  выписка из больницы
-  zwolnienie
-  thả ra
-  ،ح يرس ت



-  průjem
-  diarrhoea
-  die Durchfall
-  понос
-  rozwolnienie
-  ỉa chảy
-  ،ل افس إ



-  převaz rány
-  redress
-  die Verbindung
-  перевязка раны
-  preszewęż rany
-  băng vết thương
-  ،د امض



-  příjem do nemocnice
-  addmition
-  die Aufnahme ins
-  прием в больницу
-  odbiór do szpitala
-  tiếp nhận vào bệnh viện
-  ملل الى الابق تسا،



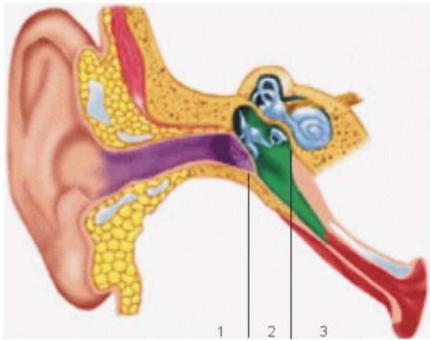
-  sednout
-  sit down
-  setzen sich
-  поднать
-  usiadć
-  ngồi xuống
-  سلج،



-  sesterna
-  Nurse's room
-  das
-  комната для сестер
-  pokój sioster
-  phòng y tá
-  تاضرمل اةعاق،



-  sladký čaj
-  tea sweet
-  süsser Tee
-  чай сладкий
-  slodka herbata
-  chè ngọt
-  قاذملا ولح ياش،



-  sluch
-  hearing
-  das Gehör
-  слух
-  słuch
-  thính giác
-  ،عمس



-  spánek
-  sleep
-  der Schlaf
-  сон
-  spanie
-  giấc ngủ
-  ،ساعن



-  stolice
-  stool
-  der Stuhl
-  стул
-  stolec
-  phân
-  ،ذارب



-  tekutiny
-  liquid
-  die Flüssigkeiten
-  жидкости
-  picie
-  chất lỏng
-  ،قلئاس قمعطأ



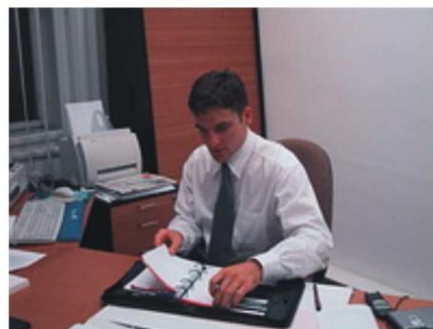
-  telefon
-  phone
-  das Telefon
-  телефон
-  telefon
-  điện thoại
-  ،نوفلت



-  toaleta (WC)
-  toilette
-  Die Toalette
-  туалет
-  toaleta
-  nhà vệ sinh
-  ،عال خ ت يب



-  transfuze
-  transfusion
-  die Transfusion
-  трансфузия
-  przetaczanie krwi
-  tiếp nước
-  ،ق افص إ



-  úředník
-  clerk
-  der Staatsdiener
-  служащий
-  urzędnik
-  công chức
-  ،فظوم



-  uzeniny
-  smoked meat
-  die Räucherwaren
-  копчености
-  wędliny
-  thịt hun khói
-  ،امت ارض حت سم و قرخ بم موحل



-  víra
-  faith
-  der Glaube
-  вера
-  wiara
-  tín ngưỡng
-  ،قن ايد



-  vizita
-  visite
-  die Visite
-  ВИЗИТ
-  wizyta
-  thăm bệnh
-  ،قرايز



-  vyšetření
-  examination
-  die Untersuchung
-  обследование
-  badanie
-  điều trị
-  ،ص حف



-  zácpa
-  constipation
-  die Obstipation
-  запор
-  zatwardzenie
-  không tiêu
-  ،كاسمإ



-  zaměstnání
-  work
-  der Beruf
-  профессия
-  robota
-  nghề nghiệp
-  ،قنم



-  zdravotní sestra
-  a nurse
-  die Krankenschwester
-  медсестра
-  pielęgniarka
-  nữ y tá
-  ،قضرم



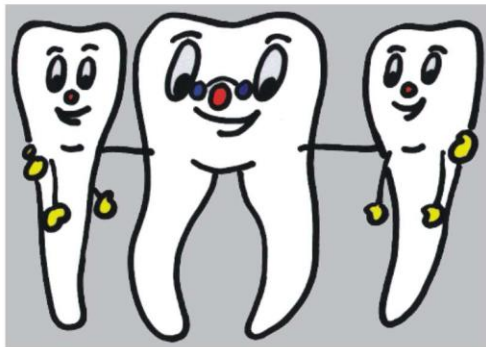
-  zelenina
-  vegetable
-  das Gemüse
-  овощи
-  jarzyny
-  rau xanh
-  ،رضخ



-  zima
-  cold
-  der Winter
-  холод
-  zima
-  lạnh
-  ،درب



-  zrak
-  sight
-  die Sehkraft
-  зрение
-  zrok
-  thị giác
-  ،ةيؤر



-  zuby
-  teeth
-  die Zähne
-  зубы
-  zęby
-  răng
-  ،ن ان س أ



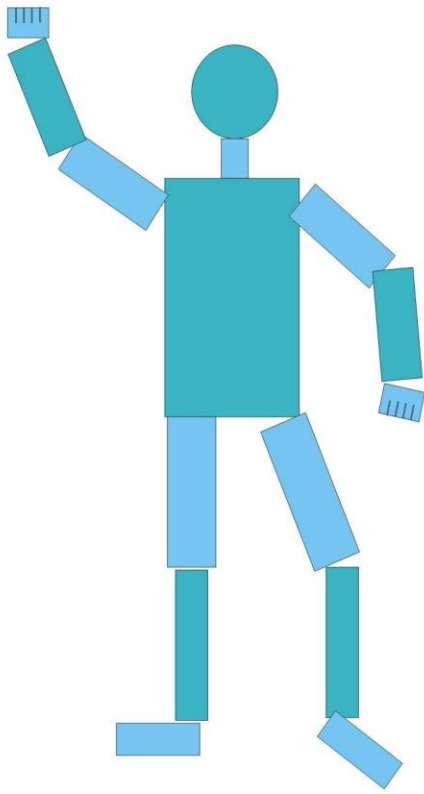
-  zvednout ruce
-  hands-up
-  Hand erheben
-  руки
-  podnosić ręce
-  nhấc tay lên
-  ،ن يدي ل ا عفر



-  židovská víra
-  Judaism
-  Jüdisch
-  еврейская
-  zydzi
-  thuộc về do thái
-  ،ة ي د و ه ي



-  žízeň
-  thirst
-  der Durst
-  жажда
-  pragnienie
-  khát
-  ،ش ط ع



1

2

3

4

5

